

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

N°
585

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Université)

PAR

SUTTEL René

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

né le 1^{er} Septembre 1912, au Puy (Haute-Loire)



LES COMPORTEMENTS FONDAMENTAUX DANS LES AFFECTIONS MENTALES

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur



LIBRAIRIE MALOINE

27, Rue de l'Ecole-de-Médecine

PARIS — 1939

**LES COMPORTEMENTS FONDAMENTAUX
DANS LES AFFECTIONS MENTALES**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

ANNÉE 1939

N°

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Université)

PAR

SUTTEL René

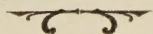
Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

né le 1^{er} Septembre 1912, au Puy (Haute-Loire)



LES COMPORTEMENTS FONDAMENTAUX DANS LES AFFECTIONS MENTALES

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur



LIBRAIRIE MALOINE

27, Rue de l'Ecole-de-Médecine

PARIS — 1939

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique de Neuro chirurgie	Clovis VINCENT.
	HAZARD.
Professeur sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	SANNIÉ.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BERNARD (Étienne)	Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin)	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES ..	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU ..	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.

MM.

LACOMME	Obstétrique.
LANTUÉJOUL ...	Obstétrique.
LAROCHE (Guy) ..	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale
M ^{lle} J. LÉVY	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI ..	Neurologie et Psychiatrie.
MÉNÉGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS ..	Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIEVRE ..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHTET	Physiologie.
SÈNEQUE	Pathologie chirurgicale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT. ..	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER ..	Pathologie chirurgicale.
LARDENNOIS ...	Pathologie chirurgicale.

MM.

LE LORIER	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
SCHWARTZ	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ	
BRULÉ		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VALLE-			
RY-RADOT ...			
SÉZARY			

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
METZGER	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma Mère, à mon Père

*dans l'espoir que ce travail sera l'hum-
ble récompense, bien incomplète d'ail-
leurs, pour le dévouement de toute leur
vie.*

A mon Frère

A tous les Miens

et

A tous mes Amis

A notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE

Professeur d'Histoire de la Médecine et de la Chirurgie
à la Faculté de Médecine; Médecin à l'Hôpital de la Pitié

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

*qui nous a fait le grand honneur d'ac-
cepter la présidence de cette thèse.
Qu'il veuille bien trouver ici l'expression
de notre profonde et respectueuse recon-
naissance.*

A notre Maître, Monsieur le Docteur J. VIÉ

Médecin-Chef des Hôpitaux psychiatriques de la Seine

*qui nous a inspiré le sujet de cette thèse
et nous a constamment aidé dans notre
travail. Nous n'oublierons jamais l'inté-
rêt et la bienveillante sympathie qu'il
nous a toujours manifestée. Qu'il veuille
trouver ici l'expression de notre recon-
naissance et de notre respectueux atta-
chement.*

A notre Maître, Monsieur le Docteur H. BEAUDOUIN

Médecin-Chef des Hôpitaux psychiatriques de la Seine

pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée, pour les conseils et l'enseignement qu'il nous a si souvent prodigués.

En respectueux hommage.

A notre Maître, Monsieur le Docteur MARTIMOR

Médecin-Chef des Hôpitaux psychiatriques de la Seine

En respectueux hommage.

A nos Maîtres de l'Hôpital psychiatrique de Maison-Blanche

Monsieur le Docteur DEMAY

Médecin-Chef des Hôpitaux psychiatriques de la Seine

Monsieur le Docteur CHATAGNON

Médecin-Chef des asiles de la Seine

Respectueux hommage.

A Monsieur le Docteur MISSET

Chef du Service d'Electro-Radiologie

En témoignage de notre profond respect.

A tous nos Maîtres des Hôpitaux psychiatriques de la Seine

En respectueux hommage.

A Monsieur le Professeur CASTAIGNE

Professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux de Paris, Professeur de Clinique médicale
Directeur de l'Ecole de Plein Exercice de Médecine
et de Pharmacie de Clermont-Ferrand
Membre correspondant de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

*En hommage de profond respect et de
vive admiration.*

A nos Maîtres d'Internat des Hôpitaux de Clermont-Ferrand :

A notre Maître, Monsieur le Professeur Paul PIOLLET

Professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de Médecine
Chirurgien des Hôpitaux; Officier de la Légion d'honneur

qui nous témoigna toujours sa bienveillante sympathie et sa confiance. Qu'il trouve ici l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre respectueux attachement.

A notre Maître Monsieur le Docteur Adrien PIOLLET

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Professeur suppléant de pathologie chirurgicale
Chirurgien des Hôpitaux

à qui nous devons la plus grande partie de notre formation chirurgicale. Nous lui exprimons ici notre sincère reconnaissance pour son enseignement et pour les conseils bienveillants qu'il nous a toujours donnés.

A tous nos Maîtres des Hôpitaux de Clermont-Ferrand

en hommage respectueux et en témoignage de notre sincère reconnaissance pour l'enseignement qu'il nous ont prodigué.

A tous nos Maîtres des Hôpitaux de Toulouse

En respectueux hommage.

A Madame P. MARTIN

Professeur d'Enseignement technique

*dont l'aide m'a été si utile dans toutes les
traductions nécessaires à ce travail.*

*En hommage de sincère reconnaissance
et de respectueuse amitié.*

*A tous mes camarades des Hôpitaux
et des Hôpitaux psychiatriques*

INTRODUCTION

Nous nous proposons d'étudier dans ce travail les troubles de quelques tendances fondamentales qui découlent du simple exercice de l'activité cérébrale et sont indispensables pour une conduite élémentaire.

Notre plan comprend cinq grandes parties.

Dans le premier chapitre nous faisons tout d'abord un exposé de l'historique de la psychopathologie. Nous expliquons ensuite les raisons qui nous ont amené à considérer comme capitales trois de ces tendances et nous montrons l'intérêt de leur étude.

Ce sont :

1° L'orientation et le contact avec l'ambiance.

2° L'activité.

3° Le besoin d'appropriation et d'aménagement de l'ambiance.

Chacun des trois chapitres suivants concerne l'un de ces trois éléments du comportement. Nous tenons à préciser que cette division nous est imposée par un souci de clarté et de compréhension mais que nous considérons que ce sont là des éléments inséparables de par leur nature.

Nous avons étudié chacun de ces problèmes en allant du normal au pathologique et nous regrettons de n'avoir pu, étant donné la nature particulière de chacun d'eux, les traiter avec la même ampleur.

Dans un cinquième chapitre, de conclusion, nous montrons l'importance qu'ont ces comportements non seulement du point de vue psychopathologique mais encore, et surtout, du point de vue du pronostic social et de la conduite à tenir vis-à-vis du malade.

Ce travail ne peut traiter en détail du comportement de tous les malades mentaux. Il aurait une ampleur que nous ne pouvons lui donner et n'est avant tout qu'une contribution à une question d'actualité.

Les observations originales que nous rapportons, proviennent de plusieurs sources. Les unes qui nous ont été aimablement confiées par le Docteur Vié, viennent de la Colonie Familiale d'Ainay-le-Château où notre Maître a exercé la fonction de Médecin Directeur pendant cinq ans. Elles sont d'un grand intérêt pour notre travail car elles nous montrent des malades vivant en demi-liberté et nous donnent sur leur conduite, des renseignements précieux que nous ne pouvons pas avoir d'après les indications médiocres que donne la vie en asile, trop déformée et trop artificielle. Les autres ont été prises au cours de notre Internat dans le service du docteur Vié, à Moisselles et à Maison-Blanche, et dans celui du Docteur Beaudoin à Maison-Blanche. Quelques-unes enfin ont été prises à l'Asile du Puy dans le service du Docteur G. Suttel.

Toutes ces observations sont très résumées sur certains points car nous avons jugé inutile de les reproduire intégralement dans l'étude de comportements bien caractérisés.

Nous sommes heureux de pouvoir exprimer ici notre vive reconnaissance à notre Maître, le docteur Vié.

Après nous avoir inspiré le sujet de cet ouvrage, il nous a permis de le mener à bien. Il nous a constamment

aidé et guidé dans un travail qui demandait la critique de nombreuses et profondes connaissances psychiatriques.

Nous n'oublierons jamais la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée et les conseils utiles qu'il nous a sans cesse prodigués.

Nous devons également remercier notre Maître le docteur Beaudouin qui s'est toujours intéressé à nous et nous a fourni de nombreuses observations de son service.

I

A) TENDANCES ACTUELLES DE LA PSYCHOPATHOLOGIE

Dès le XIX^e siècle, époque où la psychiâtrie commence à s'individualiser, naissent de nombreuses théories sur la psychologie pathologique. Débarassé de son caractère mystique et surnaturel, le malade mental est étudié selon les points de vue les plus différents. Deux courants peuvent déjà se distinguer. Tandis que les uns observent le malade dans sa conduite pratique sans vouloir en tirer des conséquences au point de vue psychopathologique, les autres, recherchent le comment et le pourquoi de son psychisme. Ces deux courants d'esprit ne se heurtent pas, les buts et les méthodes étant différents. Les philosophes Allemands ont plus particulièrement appuyé sur l'intérêt analytique de la psychopathologie alors que les Français utilisaient surtout des méthodes descriptives. Esquirol sera le promoteur de la psychiâtrie descriptive.

L'étude des phénomènes subjectifs de la vie psychique morbide fut reprise et développée au début de ce siècle par Husserl et son école, notamment Scheler, Lask, Heidegger. Cette idée est déjà ancienne puisque Lambert en 1764 donne à la quatrième partie de son « *Neues Organon* » le titre de « *Phénoménologie oder Lehre des Scheines* » (Théorie de l'apparence).

L'influence de cette école, bientôt appelée école phénoménologiste, se manifesterait rapidement en psychologie, en sociologie et en psychiâtrie. Pour Husserl la phénoménologie est « une description pure du domaine

vécu et des essences qui s'y présentent » : Cette étude des états d'âmes ne doit tendre qu'à représenter ce qui est dans la conscience, tout le reste n'existant pas. Tous les signes objectifs, les réactions extérieures ne sont alors que des moyens. On ne peut qu'être frappé de la ressemblance de ces idées intuitionnistes avec les « données immédiates » de la philosophie de Bergson.

Cette méthode phénoménologiste était avant tout générale. Elle est selon l'expression de Jaspers « une application générale à des cas innombrables mais ce qui importe en phénoménologie, c'est moins l'étude de cas innombrables que la comparaison intuitive et profonde de quelques cas particuliers ».

C'est là que se trouve le point faible de la phénoménologie lorsqu'on l'applique à la psychiatrie. L'ensemble psychique des malades mentaux nous échappe étant souvent sur un plan différent du nôtre. Il devient alors difficile de se représenter clairement ce qui se passe dans la conscience morbide. Les points de contact ou plus exactement les points d'attache qu'ils ont avec notre réalité sont souvent trop rares pour que nous puissions juger à l'aide de nos connaissances.

Au XIX^e siècle cependant, il y avait eu de nombreux psychologues Allemands qui avaient cherché à étudier l'être dans ses manifestations extérieures et qui insistèrent sur « die Triebe » dont le mot français « tendance » se rapproche le plus. Von Hartmann avait reconnu l'importance des « tendances » mais sa théorie est une sorte de compromis entre la psychologie objective et la métaphysique.

Nietzsche, bien que toujours métaphysique, se rapproche déjà plus de la psychologie objective actuelle. « On doit toujours, dit-il, rechercher le motif réel der-

rière le masque des mots et des actes. On doit déduire à partir de l'acte et de l'intention évidente à la tendance native qui se manifeste en elle ». Pour lui il y a un « antagonisme entre les tendances et les facteurs dynamiques de toute activité ou conduite mentale ».

A notre époque le psychologue allemand Freud a constaté le rôle des tendances fondamentales comme facteurs dynamiques mais il semble qu'il ait trop attaché d'importance aux tendances sexuelles. De plus cette constatation ne lui sert pas dans une étude objective mais dans la recherche d'explications psychologiques pures.

Les psychologues anglo-saxons étudièrent le cours de la vie mentale d'une façon plus objective. Ils reconnaissaient d'autres facteurs que ceux des idées, des facteurs dynamiques. Wiliam Mc Dougall, dans un article du Congrès International de psychologie de 1937, a bien décrit cette évolution en même temps qu'il a montré à quel point l'étude des « tendances » est une question d'actualité. Selon la psychologie d'association anglaise chaque idée qui rentre dans le conscient a une tendance à reproduire toutes les autres idées avec lesquelles est devenue associée. Le psychologie contemporaine sépare les tendances des idées et les considère comme des facteurs indépendants; ils deviennent essentiels dans la conduite mentale.

On voit ici la différence avec l'ancienne psychologie pour laquelle les actes étaient l'activité des idées et dont le seul facteur dynamique était l'énergie nécessaire à la synthèse des idées complexes. Dans un ouvrage récent « Principe of psychothérapie » (1924) beaucoup de tendances sont distinguées. « Elles sont décrites comme devenant une hiérarchie organisée, elles sont traitées com-

me le facteur dynamique essentiel de toute conduite et processus mental ». Ribot, représentant de l'école française exprime des idées analogues lorsque dès 1890 il insiste, dans sa « Psychologie de l'attention », sur les mouvements corporels et les états émotifs. Il rejette la théorie de l'action et de l'attention et montre l'importance des tendances positives au détriment des éléments moteurs de la conscience.

« Les états désignés comme des besoins, des appétits, des inclinations, des tendances et des désirs sont les résultats directs de chaque organisation animale. Ils constituent la base réelle de la vie émotive. La base de la vie émotive réside dans les tendances conscientes ou inconscientes et les états émotifs peuvent tous être ramenés à des tendances. Comment définir ces tendances ? La meilleure définition semble être celle de Spinoza. « Les tendances sont des mouvements fondamentaux ou arrêtés et peuvent être conscientes ou inconscientes ». Ribot développe longuement cette idée dans la « Psychologie des sentiments » et il décrit des tendances commune à l'espèce humaine et animale.

Ce parallélisme entre les idées anglaises et françaises se retrouve dans les dénominations des théories. Pour les Français, c'est la « théorie du comportement. Lalande définit le comportement d'un être « comme l'ensemble de ses réactions, en tant qu'elles ne sont pas stéréotypées dans l'esprit, mais résultent de son expérience individuelle antérieure ». A cette théorie du comportement correspond pour les Anglais celle du « behaviorism » qui est la traduction la plus exacte du mot français.

Ce serait cependant une erreur de croire que ce courant philosophique nouveau et de plus en plus puissant, ces études de plus en plus approfondies sur les ten-

dances et le comportement présentent une homogénéité bien nette.

Les Américains appellent les tendances « conduites », ou même plus vaguement « attitudes ». Les philosophes de tous les pays ne leur reconnaissent pas tous la même valeur et beaucoup comme Freud ne les admettent que pour mieux les utiliser dans des théories purement philosophiques ou métaphysiques. Pour les uns le mot « tendance est quelque chose de latent, préexistant dans l'organisme, et qui se manifeste dans certaines conditions pour d'autres enfin la tendance est active, c'est une impulsion vers un point ou un but. Les philosophes Anglais ont mis en évidence l'idée de la tendance directrice et celle plus complexe de tendance-recherche, prenant comme exemple l'image de l'animal qui chasse. Dans certains ouvrages, on retrouve même le terme de « goal-seeking » (qui cherche le but).

En France le véritable promoteur de la psychiatrie descriptive, Esquirol, fut en quelque sorte le fondateur d'une psychopathologie objective. Depuis Ribot, chef du courant philosophique moderne, la philosophie a toujours tendu vers les méthodes objectives. Ce courant nouveau alimenté par les doctrines sociologique de Durkheim et de Lévy-Bruhl, a abouti aux travaux de Janet, de Pieron et de Laugier qui appliquent les théories objectives à la psychopathologie.

Ribot considère comme ses principaux précurseurs les médecins français du commencement du XIX^e siècle qui dérivent de Cabanis, de Bichat et d'Ampère. Dans son ouvrage sur « la psychologie anglaise contemporaine » il montre la nécessité de séparer les sciences philosophiques particulières de la métaphysique. Il fait remarquer la nécessité de l'étude de la psychologie des

primitifs et de celle des animaux. Pour lui la vie psychique est constituée par un ensemble de phénomènes soumis à la causalité générale des lois de la nature. La psychologie objective ne s'occupe ni de l'âme ni de son essence. « Les métaphysiciens sont des poètes qui ont manqué leur vocation ». La psychologie est basée sur l'expérience et sur l'expérimentation. Attaché au positivisme d'Auguste Comte et de Taine, il pense que la psychologie a sa base dans la « méthode scientifique ». Il divise les méthodes en trois groupes : les méthodes subjectives, les méthodes objectives, les méthodes expérimentales. Les méthodes objectives sont au nombre de deux : la méthode indirecte : (mémoire, histoire, mœurs et religion) et la méthode directe (tests chez les enfants, animaux, sociétés). Quand à la méthode expérimentale Ribot la divise en un groupe expérimental proprement dit, un groupe psycho-pathologique et un groupe pathologique. Il est un véritable contrôleur du point de vue psycho-pathologique, montrant l'importance du facteur effectif vis-à-vis de la raison. Il sépare nettement la psychologie de la philosophie et la rattache à la biologie, ouvrant ainsi la voie à la psychologie expérimentale.

Nous retrouvons cet état d'esprit chez A. Binet pour qui la psychologie expérimentale doit rester « science naturelle » rien de plus, et ne pas s'embarrasser » de cet amas confus et encore mal défini de connaissances auxquelles on donne le nom de philosophie ». Avec Binet la psychologie expérimentale devient une science pratique et le procédé expérimental s'applique dans les écoles. G. Dumas continue également l'école de Ribot. Il tient à « considérer la psychologie comme uniquement fondée sur des faits et à exclure par là même, de son domaine toutes les spéculations ontologiques ». Enfin il étudie l'intellectualisation des tendan-

ces, c'est-à-dire leur appauvrissement dans leurs éléments organiques et affectifs, au profit des éléments représentatifs et intellectuels.

Ce détachement de la philosophie, ce courant violent en faveur des faits et de leur observation directe ne se remarque pas que pour la psychologie. La sociologie, avec Durkheim témoigne elle aussi du positivisme d'Auguste Comte. Il faut étudier les phénomènes sociaux « du dehors » comme des choses extérieures et Durkheim critique vivement l'introspection car, dit-il « les faits que l'on n'observe que sur soi-même sont trop rares, trop fuyants, trop malléables pour pouvoir s'imposer aux notions correspondantes que l'habitude a fixées en nous et leur faire la loi ». Cette objectivité de fait serait plus nette et plus perceptible dans les faits sociaux. « Les faits sociaux sont des choses et doivent être traités comme tels ».

L'évolution en faveur d'une psychologie objective a actuellement son épanouissement dans les travaux de Pieron, de Blondel et de Janet. Pieron est parti de l'étude des actes et des attitudes des animaux et dans son chapitre sur la « psychologie zoologique » dans le « traité de psychologie » de G. Dumas, il écrit « ce que la psychologie zoologique étudie, ce sont uniquement les actes, les attitudes des animaux, envisagés dans le complexe des circonstances passées et actuelles et qui les enserrent et les conditionnent, en leur comportement... Le domaine de la psychologie zoologique viendra s'étendre jusqu'aux territoires les plus élevés de la psychologie humaine ». Il reprend l'idée de Huxley qui, déjà en 1880, avait pressenti la nécessité pour le psychologue de « se tourner vers des investigations plus profitables, par exemple celle de l'ordre et de la connexion des phénomènes physiques qui interviennent entre ce qui se passe dans le voisinage de l'animal et ce qui y

répond comme acte de celui-ci ». Dans sa « Psychologie expérimentale » en 1927, Pieron précise encore plus nettement qu'il considère la psychologie comme une « science du comportement, de l'activité, des réactions globales des organismes envisagés dans leur ensemble ». Bien qu'étant dans le même courant objectif, Pieron se sépare cependant de Watson qui avec son « hehaviorisme » élimine ce qui peut être attribué à la conscience.

L'un des grands mérites de Pieron est d'avoir en même temps que Janet, insisté sur les tendances et les besoins instinctifs et montré la hiérarchie des conduites et l'intérêt du comportement social. Sous la conduite sociale il recherche l'instinct correspondant, ce qui n'est pas toujours aisé. « Les activités instinctives comportent d'ailleurs un certain degré d'adaptation aux circonstances; la toile de l'araignée répondra à un certain schéma, mais suivant les points d'appui, présentera des dispositions différentes. Ce sont des activités intégrées dans la conduite générale de l'animal. Et plus les fonctions mentales sont développées, plus la souplesse adoptive se manifeste, plus s'accroît la variabilité. Chez l'homme, la complication est telle que l'on n'a quelquefois plus aperçu les instincts; pourtant les directions générales des activités instinctives, sous la variété des conduites apparaissent encore ». Pour Pieron, les instincts correspondent à des formes générales de comportement (l'instinct de nutrition, l'instinct de reproduction, l'instinct maternel et l'instinct grégaire). Ce sont des instincts élémentaires et nous reviendrons sur cette notion par la suite. Les formes d'activité auxquelles donnent naissance ces instincts varient à leur tour sous l'influence d'un processus affectif complexe, variant avec chaque individu. A son tour « l'influence de l'éducation et du milieu s'exerce sur tout l'équipement congénital ».

Avec la doctrine de P. Janet, l'importance des tendances et leur intérêt dans une psychopathologie objective sont portés au maximum. Janet est peut-être celui qui a le mieux compris la nécessité en pathologie mentale d'une psychologie objective. Il supprime définitivement toute hésitation lorsqu'il écrit que nous ne pouvons « nous représenter les pensées du malade qu'en partant de ses actions visibles et non en partant de sa propre pensée ». Il montre l'impossibilité d'appliquer en pathologie mentale la philosophie cartésienne qui considérerait la pensée comme phénomène primitif et l'action comme conséquence. Cela est « à la rigueur possible chez les hommes normaux que nous admettons plus ou moins identiques à nous-mêmes, c'est impossible quand il s'agit d'anormaux. Nous sommes obligés de concevoir une psychologie dans laquelle l'action visible à l'extérieur est le phénomène fondamental, et la pensée intérieure n'est que la reproduction, la combinaison de ces actions extérieures sous des formes réduites et particulières ». Ce caractère objectif se retrouve dans la psychologie animale mais Janet tout en admettant l'identité des méthodes montre l'importance de la conscience en psychologie humaine, conscience qui n'existe pas chez les animaux inférieurs. Les phénomènes de la conscience humaine sont « comme une conduite particulière, comme une complication de l'acte qui se surajoute aux actions élémentaires ».

Il existe également des « conduites supérieures » parmi lesquelles sont les croyances, les réflexions, les expériences. Cette psychologie du comportement ou pour employer le terme de Janet cette « psychologie de la conduite » peut donc être divisée en deux groupes :

(1) Janet : *De l'angoisse à l'extase*. Paris, 1926, pp. 204-205.

la conduite qui constitue l'intelligence « l'adaptation aux actions », le comportement dans le milieu où se trouve l'individu, et la conduite qui constitue les sentiments », réactions ayant lieu à l'intérieur de l'organisme. A notre avis cette dernière catégorie de conduites n'est déjà plus aussi objective. Elle n'est pas un fait d'observation pure mais bien une notion subjective.

Janet distingue enfin des tendances socio-personnelles : « Les conduites que nous adoptons avec nous-mêmes copient celles que nous avons déjà éprouvées avec autrui, et l'action intérieure se modèle sur l'action extérieure ⁽¹⁾. Ces conduites sociales élémentaires se retrouvent chez l'animal, mais Janet ne conçoit pas la société comme cause de ces tendances; elle en est le facteur de transformation mais non pas l'origine. Les tendances socio-personnelles résultent alors de la combinaison de conduites élémentaires même inhérentes à l'individu.

B) LA NOTION DE COMPORTEMENT

Nous avons résumé et exposé les principaux courants depuis 50 ans. Cet exposé historique succinct nous permet de faire le point et d'en tirer quelques conclusions.

On peut tout d'abord s'étonner de ce que la pathologie mentale ait donné lieu à des théories psychologiques aussi nombreuses et aussi variées.

La pathologie mentale, d'abord étudiée comme branche de la médecine, ne tarda pas à se révéler une science particulière où l'étude des effets ne permettait que bien peu souvent de connaître la cause. Les recherches

(1) Gh. Blondel.

anatomo-pathologiques, les interprétations anatomiques dont la théorie de Gall est l'exemple le plus connu n'ont que rarement donné l'explication des troubles mentaux ou même l'indication de leur thérapeutique. Malgré la découverte de la P. G. et de son agent pathologique par Bell en 1822, l'étude des démences organiques et de quelques intoxications, la psychiatrie a peu bénéficié des travaux anatomiques et médicaux, faits depuis un siècle.

A la suite de cette déception scientifique, la psychiatrie, délaissée par les anatomo-pathologistes devint un objet d'études psychologiques pures.

La métaphysique remplaça la physio-pathologie, mais ne fut pas plus utile à la psychiatrie. Peu à peu la philosophie devint empirique mais la psychologie lui resta cependant attachée et Kant pensait qu'il n'y avait pas de psychologie scientifique possible. Il faut attendre Fechner et Helmholtz, puis son élève Wundt pour voir s'ébaucher la psychologie expérimentale, dérivée de la psychologie objective et qui ne devient une science bien individualisée que vers 1890. Ce mouvement en faveur d'une psychologie objective a toujours gardé le caractère de ses origines et a donné lieu dans ces quarante dernières années à de nombreux travaux. Cependant toute science qui progresse perd un peu de son homogénéité à la faveur de ses acquisitions et la psychologie pathologique n'a pas tardé à être étudiée selon deux points de vue légèrement différents.

Les uns appliquent les méthodes physiologiques à l'étude des malades mentaux : c'est la psychologie de réaction, science dans laquelle on étudie les temps et les modes de réaction d'un individu à des stimuli déterminés. L'exemple le plus connu au point de vue psychologie animale est celui des expériences de Pavloff.

D'autres utilisent la psychologie de conscience dont les principaux moyens sont le questionnaire et l'enquête personnelle. La méthode des tests introduite en France et perfectionnée par Binet et Simon semble faire le pont entre ces différentes méthodes. Elle s'apparente à la fois au questionnaire et à la psychologie de réaction, la réponse à une question donnée étant notée à la fois qualitativement et quantitativement. C'est là une étude de la réponse brute sans recherche d'explication psychologique.

Il semble que l'on doive faire quelques réserves sur la valeur de ces deux méthodes qui témoignent cependant d'un réel souci d'objectivation et dont l'application montre un très grand progrès dans l'étude des anormaux.

Simon a fait lui-même la critique de la méthode des tests et se demande si ce procédé était utilisable pour les adultes comme pour les enfants ⁽¹⁾. À cette question il répond par l'affirmative « tout au moins en ce qui concerne les états d'arriération ». Mais il est moins catégorique en ce qui concerne les malades présentant un affaiblissement intellectuel. Le plus souvent, dit-il, l'affaiblissement est global, de même que le développement de l'intelligence... Seulement, tout de même, subsistent à côté de ces modifications ce qu'avec Binet nous appelions des séquelles; et, à côté, des séquelles qui sont vraiment des séquelles d'instruction : écriture, orthographe... on peut relever des séquelles intellectuelles et notamment dans les attitudes mentales. Il ne me paraît pas douteux à cet égard qu'à égalité de niveau les définitions supérieures à l'usage et plus souvent encore les réponses par inter-

(1) Th. Simon : *Tests de l'intelligence pour les enfants appliqués aux adultes*. Ann. Méd. Psych. Séance du 26 octobre 1936.

prétation à la présentation d'images constituent une part plus importante du niveau de malades affaiblis que de celui d'arriérés. Ces points de vue sont des restes du passé qu'il faut interpréter comme tels ». Les tests ne doivent pas être considérés comme une courbe ininterrompue traduisant la valeur des différentes facultés mais comme une série de *sondages* donnant à un moment donné la valeur de ces facultés. Ils sont un moyen pratique pour apprécier un déficit ou une lacune.

Une autre objection peut être faite en ce qui concerne les méthodes de psychologie expérimentale. Elles mettent trop souvent en évidence des troubles de la perception ou même de la compréhension, alors que le trouble réside dans l'interprétation des perceptions, mécanisme qui échappe aux moyens d'investigations physiques. Les cas sont nombreux où le trouble réside plus dans l'interprétation, l'intensité, l'ordre des phénomènes perçus, que dans leur perception elle-même. C'est peut-être pour cette raison qu'il est plus facile d'estimer une arriération qu'un délire systématisé chez un adulte.

Jaspers fait remarquer le rôle important de la notion de milieu dans l'examen psychologique d'un individu. Il voit un facteur important dans le milieu d'origine et le milieu d'existence. Dumas considère les méthodes classiques de psychologie de réaction comme incapables de mesurer l'intelligence spontanée qui se manifeste dans les difficultés de la vie pratique.

On peut envisager deux sortes de cas devant lesquels la psychologie de réaction ou de conscience doit s'avouer inefficace.

Dans une première catégorie nous rangeons les malades dont l'examen psychologique révèle un déficit intellectuel important et dont le comportement reste relative-

ment normal. Nous citerons ici le cas d'une arriérée profonde dont l'âge mental était estimé à 3 ans à peine. Cette malade proférait des sons inarticulés, pouvait seulement dire oui et non, et était considérée comme incapable de mener à bien le travail le plus simple jusqu'au jour où sa mère la visitant devant nous se mit à communiquer avec elle par gestes et par onomatopées. La malade parvenait ainsi à exprimer des désirs et des sensations élémentaires dans un langage incompréhensible pour nous. Sa mère nous assura qu'elle était capable de l'aider dans de menus travaux de ménage et de cuisine et nous montra quelques ouvrages de broderie qui témoignaient d'une certaine habileté et de beaucoup de patience.

Trabue, un des partisans les plus enthousiastes de la méthode des tests mentaux cite le cas d'une femme qui donnait de très mauvais résultats avec les tests et qui devint par la suite gérante d'un grand hôtel de New-York, dirigeant avec succès un personnel varié d'une soixantaine de personnes. Et il conclut : « En dépit du témoignage des tests, je maintiens que cette femme est intelligente ».

Nous classons dans une autre catégorie les malades dont les réactions psychologiques sont normales et dont au contraire le comportement présente des troubles inattendus.

C'est envisager le cas de tous les individus que l'on nomme des « petits mentaux ».

On pense communément qu'un individu qui a obtenu une situation sociale est capable de se suffire à lui-même. En réalité cette réussite n'est pas une preuve absolue. Il existe de nombreux exemples de gens à l'intelligence moyenne ou même supérieure qui sont incapables de se conduire normalement, et échouent devant les diffi-

cultés de la vie quotidienne. Or, ce qui importe le plus pour une vie en société c'est le comportement, la conduite. C'est là la véritable pierre de touche qui montre si oui ou non, et dans quelle mesure, l'individu est intégré au milieu qui l'entoure.

Toutes ces constatations nous prouvent qu'il existe chez les malades mentaux des attitudes, des conduites, des réactions pour l'étude desquelles la psychologie actuelle, qu'elle soit dite de conscience ou de réaction, ne peut guère s'appliquer.

Ces deux groupes ont un point commun : ils échappent l'un et l'autre à l'étude de la psychologie objective classique. Parmi eux beaucoup concernent des malades susceptibles d'occuper une place réduite, voir même une occupation ou un métier dans la société.

M. P. Beley écrit à propos de « la notion de débilité mentale » dans un article récent de la Société Médico-Psychologique ⁽¹⁾ : « De nombreux individus ne se comportent pas dans la vie comme des « débilés » : ils décident et agissent toujours comme il convient de le faire; leurs démarches sont adaptées; ils sont loin d'être considérés comme des sots. Et cependant, l'analyse de leurs possibilités intellectuelles à l'état brut, révèle d'énormes lacunes. Le total des résultats obtenus les met classiquement dans la zone de débilité. En réalité ce qui a été mesuré chez eux c'est leur niveau intellectuel. Ce sont des *débiles intellectuels*... Inversement, tel autre individu, qui se montre toujours en retard d'une décision exacte agit constamment à contre sens et se fait taxer de maladroit et de sot, présente, à l'analyse, des facultés intellectuelles absolument intactes, et ne peut être considéré

(1) P. Beley : *A propos de la notion de débilité mentale*. Ann. Med. Psychologiques. Séance du 23 janvier 199.

comme un débile intellectuel. C'est un *débile mental* auquel manque la « possibilité » qui permet l'adaptation sociale. C'est bien lui que l'on peut appeler le débile puisqu'il n'a pas saisi, pas compris — et qu'il n'a pas compris parce qu'il n'a pas pu ». Et M. Beley fait cette remarque : « Il y aurait donc là un questionnaire abondant à imaginer, à mettre au point; constituant des épreuves mobiles, transposables, adaptables — compte étant tenu du milieu et du genre de vie antérieure. Il s'agirait d'une investigation intermédiaire entre l'application des échelles classiques de mesure de l'intelligence (certes plus commodes et rapides à appliquer), et l'interrogatoire psychiatrique; ce serait un essai de canalisation du fleuve de pensées qu'est le dialogue entre médecin et malade. Sur cette canalisation, par ce rétrécissement imposé, le fleuve ne devient que plus rapide. Les réponses ne sont que plus explicites pour l'éclaircissement de la personnalité du sujet, et de ses possibilités mentales dans leur ensemble ». L'auteur cite quelques questions type pouvant être posées à des malades de tous les milieux. Tout en partageant cette façon de voir nous pensons qu'il est nécessaire d'aller encore plus loin dans cette voie.

Les symptômes sont des réponses à des questions peut être arbitraires que pose le médecin. Il faut rechercher les symptômes-réponses des questions que pose la vie pratique. Il nous a semblé qu'il était nécessaire de ne pas intervenir directement dans l'examen du malade et qu'il était préférable de garder une attitude purement objective en le regardant agir dans le monde qu'il s'est construit d'après ses possibilités. Laisser agir le malade, le voir lutter pour reconstituer autour de lui une ambiance normale et proportionnée au milieu dont il vient. assister à l'apparition d'un schéma de vie réduite mais

normale est une des seules méthodes qui permette de porter un pronostic de guérison sociale ou de vie réduite dans un milieu approprié.

C) INTERET
DE L'OBSERVATION DU COMPORTEMENT
POUR LE PRONOSTIC SOCIAL
DE LA PSYCHOSE

Les véritables malades d'asile, ceux dont la place n'est et ne peut être nulle part ailleurs, ne constituent qu'une partie des malades mentaux. Beaucoup d'autres présentent dans leur internement, le schéma essentiel d'une vie normale. Une autre catégorie enfin comprend ceux qui mènent une vie apparemment normale dans la société. Parmi ceux-ci, les uns font partie d'un milieu qui tolère et limite ce que l'on appelle souvent des « manies » ; d'autres, pris dans les rouages de la machine sociale, accomplissent tant bien que mal une tâche dans laquelle leur délire n'a guère l'occasion de se manifester ; ainsi, « dans la rue, au bureau, à la maison, le fou continue à se présenter comme un homme raisonnable, masque derrière lequel évolue le délire. Cet équilibre paradoxal demeure fragile comme on pouvait s'y attendre » (1).

Cette catégorie d'individus est très étendue allant depuis « les petits mentaux » jusqu'au fou qui manifestera brutalement son délire par un drame. Ce sera le plus souvent un incident minime qui rompra cet équilibre précaire et qui changera une vie normale en vie pathologique. Or, peut-on considérer vraiment comme des aliénés, au sens strict du mot, ces individus dont le

(1) J. Vinchon : *Les déséquilibrés et la vie sociale*, p. 28.

délire existe depuis des années, souvent si bien contrôlé et caché par le malade que personne n'a pensé jusqu'alors à une maladie mentale.

Peut-on surtout les traiter comme tels en les enfermant dans un asile, changer ou supprimer ce que la Société leur avait donné de bon (occupation, travail, orientation dans la vie normale), les dépouiller de leur enveloppe sociale pour n'en faire que des délirants parmi d'autres.

Il nous semble que, jusqu'à nos jours, cette notion de la valeur sociale du malade mental, a été un peu trop négligée. L'augmentation inquiétante du nombre des malades mentaux est indiscutable, mais il faut tenir compte de certaines transformations sociales qui faussent les statistiques et assombrissent le tableau.

Tel débile d'asile n'aurait été, il y a cinquante ans, vivant dans quelque village retiré, qu'un « simple » dont la faible valeur sociale était cependant suffisante pour lui permettre de vivre à peu près normalement dans son milieu.

On est anormal que dans un autre milieu que le sien et les circonstances de la vie moderne qui réduit l'espace et le temps, augmente l'activité et met toutes les classes sociales en contact, restreignent de plus en plus le milieu où le malade peut vivre sans être trop dépassé par tout ce qui l'entoure.

Dès que les fonctions cérébrales deviennent trop simples ou que leur exercice se fait trop lentement ou insuffisamment par rapport aux rythmes et aux nécessités de l'ambiance, l'individu devient un être pathologique.

Or, de plus en plus, se posent ces problèmes sociaux nécessitant des solutions pratiques. Le malade peut-il être rendu à la vie libre (ville, campagne) et dans quelles conditions (ressources possibles) ou être placé dans une colonie familiale.

Il est curieux de constater que la classification des malades d'après leur comportement a été toujours utilisée, plus ou moins consciemment dans les asiles. La disposition en pavillons ou quartiers séparés, divisant les malades en groupes bien distincts ne provient pas d'une classification nosologique mais de la façon dont le malade se conduit.

Le même principe doit présider à l'étude et au placement des malades qui se trouvent par la conservation ou la réapparition de certaines tendances à la limites du pathologique.

Parmi ceux-ci deux catégories semblent particulièrement intéressantes. Citons d'abord les malades présentant des chances de réadaptation sociale à l'issue d'une psychose. L'étude du comportement sera ici d'un grand secours pour juger si certaines séquelles peuvent cependant permettre au malade de reprendre une vie sociale et pour indiquer quel milieu et quelles occupations permettront à la personnalité normale de s'épanouir sans augmenter les possibilités de rechute.

Une deuxième catégorie comprend les malades dont les déficiences légères mais continuelles rendent la vie commune de plus en plus impossible de nos jours. Parmi eux, les affaiblissements d'intensité moyenne de la démence senile, des P. H. C. de l'alcoolisme chronique, des mélancolies d'involution.

Nous ne prétendons pas donner à l'étude du comportement une valeur telle qu'elle puisse être proposée pour toutes les maladies mentales. Nous pensons au contraire que son intérêt réside en ce qu'elle ne s'applique pas aux troubles profonds du comportement. Il s'agit bien moins de délire que de troubles moyens ou minimum de comportement; rythme et efficience de l'activité petites lacunes, etc..., c'est-à-dire toute une semiologie objective d'ordre *énergétique*. Les examens psycho-neurotechniques (type Laugier) représentent une tendance analogue.

Nous excluerons donc de notre étude, les malades présentant au cours de leur délire ce que notre maître le Dr Vié a appelé des contre-indications symptomatiques majeures ⁽¹⁾. Ce groupe est composé de déments profonds, de malades turbulents ou violents, d'anxieux à idées de suicide, d'épileptiques et de pervers à réactions dangereuses, etc... Il ne saurait être question d'étudier le comportement de ces malades dont la démence est trop profonde, le délire trop intense ou trop brutal pour laisser espérer la reconstruction du schéma d'une vie normale en société.

D) DE QUELQUES COMPORTEMENTS FONDAMENTAUX DERIVANT DE L'ACTIVITE DE L'INDIVIDU

Beaunis avait établi autrefois dans son livre sur « Les sensations internes » ⁽²⁾, un groupe des « Besoins d'activité physique et mentale » dont l'étude d'ensemble, faute de données suffisantes n'avait pu être abordée

(1) J. Vié : *Indications psychiatriques du placement familial des hommes*. Aliéniste français, n° 6, juin 1934.

(2) Beaunis : *Les sensations internes*, 1889.

jusqu'ici. G. Dumas écrit à ce sujet « quant aux besoins d'activité musculaire ou mentale, tout incontestables qu'ils soient dans leur réalité psychologique, ils sont si peu connus dans leurs conditions physiologique, ils sont si peu connus dans leurs conditions physiologiques que nous ne voyons aucun avantage à en aborder l'étude avec celle des besoins organiques nettement caractérisés comme tels ». Cet aveu explique pourquoi ces besoins fondamentaux ont été si peu étudiés en psychologie et à peu près complètement ignorés en psychopathologie.

Ces comportements fondamentaux ont tour à tour été classés par différents auteurs dans les instincts (et plus particulièrement dans les instincts de conservation et de reproduction, dans les besoins, dans les tropismes, les réflexes, l'intelligence. Il est évidemment délicat de les rapporter à l'un ou à l'autre de ces groupements étant donné la valeur et le sens différent que chacun leur donne. Bohn écrit : « J'ai été conduit à considérer les instincts comme des complexes d'activité, les uns simples les autres acquises au cours de la vie individuelle, toutes bien entendues résultant des diverses qualités de la matière vivante héritées plus ou moins indépendamment les unes des autres ». Il donne une grande part aux réflexes conditionnés par sa théorie de la mémoire associative.

Beaunis définissait les sensations internes : sensations qui arrivent à la conscience par une autre voie que les sens spéciaux. Dans son deuxième chapitre où il traite des besoins il ne s'occupe pas des besoins acquis mais des besoins naturels et les classe de la façon suivante :

1°) Besoins dans lesquels l'acte musculaire est l'objet essentiel, l'élément fondamental (éternuer, tousser), etc...

2°) Besoins dérivant de l'inaction prolongée des organes et des centres nerveux.

3°) Besoins de repos ou d'inaction.

Il semble qu'un besoin particulier mérite d'être étudié plus spécialement : le besoin d'activité, musculaire ou psychique. Sa survivance, sa disparition, ou sa réapparition semblent être envisagés solidairement de quelques autres éléments du comportement mental, d'une grande importance pour le pronostic d'une guérison sociale. L'activité musculaire spontanée de Bain est surtout remarquable chez les enfants et les personnes nerveuses, peut-être parceque les phénomènes d'arrêts se produisent chez eux avec moins d'intensité.

Quant au besoin d'activité psychique il se manifeste des façons plus diverses : collectionneurs, brasseurs d'affaires, hommes à projets, écrivains, hommes politiques, etc...

Ces deux ordres d'activité se retrouvent également en pathologie mentale et c'est ce qui montre leur nature fondamentale. Au point de vue musculaire, ce sont ces malades d'une activité débordante faisant et défaisant continuellement leur bagage, infatigables au travail, mais également impossibles à faire tenir tranquilles.

Au point de vue psychique ce sont ces individus dont la gamme ininterrompue s'étend depuis la curiosité irrésistible et les besoins conditionnels jusqu'aux obsessions, aux tics moraux et aux délires.

La faculté d'orientation corollaire de ce besoin d'activité semble avoir été également étudié selon un point de vue trop étroit en ce qui concerne les malades mentaux. Nous reviendrons ultérieurement sur cet autre facteur important du psychisme. Nous ferons remarquer le danger d'étudier cette fonction à un point de vue

purement physique ou au contraire intellectuel. On ne sait pas actuellement s'il faut l'attribuer à un sens spécial ou comme le pensent beaucoup la considérer comme la résultante de sensation d'impressions, de souvenirs, c'est-à-dire à la fois un acte instinctif et psychique.

Il semble donc que la faculté de s'orienter dépende d'une multitude de facteurs, et qu'elle se subdivise elle-même en plusieurs fonctions telles que la notion du temps, de la durée de l'espace, du lieu, de l'ordre logique des actes, etc... et même (selon l'expression d'un malade de Charenton dont le cas est rapporté par Baillarger) du sens de la pensée : voix intérieures, voix épigastriques, voix dans la tête. C'est cette diversité d'origine et de manifestations qui donne à la fonction de l'orientation une importance particulière dans la concordance des actes du malade mental dans ce qui l'entoure.

L'étude de ces deux facteurs du comportement : activité et orientation nous a insensiblement amené à en envisager un troisième, également fondamental : le besoin d'appropriation. C'est-à-dire d'organiser (phénomène d'activité) le lieu où l'on se trouve (phénomène d'orientation). Le malade s'oriente, agit et cette action se fait dans un but d'aménagement de l'ambiance. Nous concevons la grande fonction de l'activité psycho-motrice selon un aspect large et cependant élémentaire, voisine d'un « instinct moteur global » selon l'expression de Thorlakson, ou mieux, d'un besoin d'expansion énergétique. « Au commencement était l'action » a dit Goethe et l'action est à la base évidente de tout comportement.

Nous ne sommes pas arrivés uniquement par un raisonnement psychologique à retrouver les bases de ces comportements fondamentaux. Notre maître le Dr Vié

a eu l'amabilité de nous confier un grand nombre d'observations de malades des colonies familiales. Ce milieu est particulier et très propice au développement de l'activité spontanée des malades évoluant dans une ambiance rurale et assez fruste. Ces observations nous ont montré le rôle capital des comportements fondamentaux, comportements qui se montrent sensiblement parallèles dans leurs variations. Nous en sommes ainsi arrivés à voir le schéma d'une vie essentielle dans :

- 1°) l'orientation et le contact avec l'ambiance;
- 2°) l'activité spontanée;
- 3°) la tendance à l'appropriation.

La première objection s'imposant à l'esprit est que ces comportements ne comprennent pas la totalité d'une conduite. A cela nous répondrons que chaque comportement fondamental comprend plusieurs facteurs en nombre plus ou moins grand. Nous montrerons par exemple, au chapitre de l'orientation que cette faculté se trouve conditionnée par une quantité de facteurs affectifs, intellectuels, physiologiques variant en intensité et en nombre chez chaque individu.

De plus nous éliminons dans notre étude certains instincts de nécessité secondaire. Citons parmi eux, l'instinct sexuel dont les manifestations ne sont pas indispensables pour l'organisation d'une vie réduite.

II

L'ORIENTATION VIS A VIS DE L'AMBIANCE

Les conceptions de la notion d'orientation

La notion d'orientation a été souvent définie et le nombre et la diversité de ces définitions est la meilleure preuve de sa complexité et de son hétérogénéité.

Phénomène très général que l'on étudie chez les végétaux avec les tropismes, l'orientation se trouve rattachée à la notion de recherche du milieu favorable chez les êtres très inférieurs : de l'abri ou du nid à un niveau plus élevé, de propriété enfin en haut de l'échelle animale.

Au sens étroit, s'orienter c'est reconnaître la direction des différents points cardinaux, c'est donc appliquer une notion didactique.

Le sens de l'orientation est une source de discussion pour les naturalistes. Pour Fabre c'est « un sens spécial qui guiderait certains animaux dans leurs voyages et leur permettrait de retrouver sûrement leur nid ». Viguiier en fait une habitude héréditaire, P. Bouvier, une mémoire congénitale. Lubbock, Romanes, H. Hurst, Thauzies expliquent les phénomènes d'orientation des animaux par l'action combinée des sens. D'autres enfin en font un sixième sens qui aurait pour organe les canaux semi-circulaires de l'oreille, les otocystes et les for-

mations otolithiques et pour excitant le magnétisme terrestre.

Marcel Prenant considère le sens de l'orientation lointaine « comme un sens d'existence douteuse » parfois invoqué pour des espèces effectuant de longues migrations; sens magnétique ou sens électrique, mieux justifié peut-être parce que nombre d'animaux s'orientent sous l'influence d'un courant ⁽¹⁾.

J. Grasset voit le problème du point de vue neurologique. Il divise le sens de l'orientation « en sens segmentaire et orientation des attitudes subjectives directes » (P. Bonnier) et considère la faculté d'orientation lointaine comme étant d'une autre nature.

On voit par ces quelques définitions données à titre d'exemples que le sens de l'orientation est rarement étudié sous le même angle par les différents auteurs. Les uns en donnent une explication sensorielle, d'autres une explication physique, rejetant parmi « les sens de nature particulière » tout ce qui, comme le sens de l'orientation lointaine, ne peut être expliqué par la même théorie.

Les psychiatres donnent au mot orientation une acceptation beaucoup plus large que les psychologues et, de même que Jaspers traite en un même paragraphe de l'orientation et de la compréhension, ils y voient en somme l'ensemble du comportement des malades vis à vis des données extérieures. Plusieurs auteurs depuis Bechterew (1903), se sont attaqués au problème de l'évaluation du temps pour les aliénés : tels Halberstadt, Vinchon, Wallon, Minkowski, R. Bouchard. Plus rares sont ceux qui ont abordé le problème de l'espace.

(1) J. Grasset : *Les maladies de l'orientation et de l'équilibre*. Alcan, 1901.

On a surtout étudié sur les sujets normaux le rôle des divers apports sensoriels de l'orientation proche et lointaine; ce point de vue ne nous semble pas aborder l'essentiel de la question.

L'orientation ne comporte pas seulement un facteur physiologique mais aussi un facteur intellectuel plus ou moins développé selon l'espèce et l'individu et dont les rapports de valeur varient selon l'acte à accomplir. Elle nécessite un mécanisme à la fois physiologique et psychologique. Nous avons la faculté d'orienter les objets qui nous entourent soit, les uns par rapport aux autres, soit par rapport à notre corps. Cette idée spatiale semble inséparable d'une idée temporelle et l'orientation de tout ce qui nous entoure par rapport à nous, se fait non seulement en fonction de l'espace mais aussi du temps nécessaire pour franchir cet espace.

Le jugement que comporte une orientation un peu complexe ne se conçoit donc pas sans la notion des rapports du temps et de l'espace.

Le problème de l'orientation est complexe c'est pourquoi il ne semble pas que le fait d'en dissocier les éléments puisse donner autre chose que des explications fragmentaires. Chacun a voulu chercher séparément un problème de l'orientation, de là, le nombre considérable d'ouvrages d'un grand intérêt scientifique mais de résultats non comparables et sans liens entre eux.

Nous définirons l'orientation comme la faculté de se diriger vers un but déterminé à un moment du temps où les conditions sont les meilleures pour que le but soit atteint. S'orienter c'est porter un jugement par une synthèse rapide des connaissances et des perceptions, c'est savoir rassembler les éléments du temps et de l'espace pour en faire le schéma d'une conduite. Dans son

intégrité totale chez un sujet intelligent l'orientation temporo-spatiale implique des connaissances intellectuelles et didactiques très riches. C'est dire que l'étude de cette fonction intéresse à la fois le physiologiste et le psychologue, dans des proportions variables selon la nature des troubles observés.

L'étude de l'orientation en psychiatrie courante ne fait pas l'objet de recherches très étendues. On se contente de poser au malade quelques questions types, sur le lieu où il pense être, la raison d'être de ce lieu ; on cherche ensuite à lui faire situer dans le temps quelques souvenirs ou quelques notions générales (âge, date et jour, date de l'entrée à l'asile, dates marquantes de la vie, dates des grands événements sociaux). Dans quelques déficiences profondes on laisse par exemple le malade retrouver seul le chemin de sa salle, de son lit.

Ces épreuves n'ont que la valeur d'un test élémentaire ; mais si schématiques qu'elles soient elles permettent souvent de trouver des réponses assez différentes chez des malades dont l'état semblait comparable.

Ceci provient de ce que l'orientation dans le temps et dans l'espace n'est pas une fonction indépendante, mais une fonction à base naturelle, organique, avec superstructure idéatoire : superstructure dépendant non seulement de l'intellect mais aussi de notions didactiques, du niveau social, de l'affectivité.

Les bases psychologiques de l'orientation chez l'homme

L'orientation exige deux sortes de facteurs psychologiques. Les premiers d'ordre élémentaire apparaissent et s'affirment en même temps que le développement de l'individu. Puis apparaissent des notions surajoutées, acquises, qui constituent la superstructure idéatoire et

se combinent étroitement avec les premiers, si bien que toute tentative d'orientation comprend en même temps un facteur psychologique élémentaire et un facteur didactique, inséparables l'un de l'autre et en relation directe avec l'affectivité du sujet.

Les phénomènes psychologiques élémentaires ont été souvent étudiés et nous n'en retiendrons que quelques-uns, uniquement à titre d'exemples et pour montrer à quel point ils sont liés aux notions surajoutées.

Le sens le plus élémentaire de l'orientation appelé sens kinesthésique ou sens musculaire, indispensable à toute orientation spatiale pratique, est à l'origine d'une foule de notions plus complexes comme celle de l'aller et retour, de la gauche et de la droite. Cette distinction que nous considérons comme élémentaire n'en ait pas moins une propriété singulière, et cette dysymétrie spatiale doit être considérée comme l'apanage de l'homme et des animaux supérieurs. Janet ⁽¹⁾ fait une très intéressante étude de cette particularité élémentaire de l'orientation humaine et rapporte le cas d'une malade atteinte de troubles de la distinction du côté droit et du côté gauche (allochirie). Une simple constatation de cette malade, soignée à la Salpêtrière, nous montre l'importance de ce trouble curieux de l'orientation pratique. « Je suis à l'envers, je sens que je sors de la Salpêtrière quand j'y entre ». Cette inversion de la position des objets du monde extérieur par rapport à l'individu, cette opposition entre la représentation et la vision suffit à produire une désorientation partielle.

L'être humain a ainsi besoin d'être en contact perpétuel avec la réalité et d'ordonner cette réalité vis à vis de son corps.

(1) Janet : *Les débuts de l'intelligence*. Flammarion,

Ceci n'est encore qu'un exemple parmi ces « notions réciproques » comme les appelle Janet, indispensables à l'orientation. « Les notions réciproques, dit-il, sont des notions qui sont identiques l'une à l'autre sauf qu'elles sont tout le contraire l'une de l'autre. Nous apprenons à disposer ensemble tout en les opposant le haut et le bas, l'avant et l'arrière, le rapide et le lent, etc... Tout cela dérive de l'aller et du retour. C'est la même chose et c'est tout le contraire. » ⁽¹⁾

Les troubles de ces notions réciproques rencontrés fréquemment en pathologie mentale nous ont toujours semblé être d'un mauvais pronostic car ils traduisent une atteinte profonde du schéma de l'orientation élémentaire. ⁽²⁾

L'opposition de tout ce qui nous entoure est sans cesse tempérée dans notre esprit par la notion de relativité qui nous permet de choisir une position déterminée entre les deux facteurs extrêmes. L'idée de relativité est nécessaire à l'orientation parce qu'elle équilibre notre jugement. Dans beaucoup de maladies mentales, le malade adopte une opinion extrême et fausse et est incapable de se placer à un point de vue différent. Toute notion de relativité et de critique a alors disparu et le malade sous l'influence de son délire transforme et interprète tous les facteurs du monde extérieur. On assiste à une véritable désorientation dans l'ordre affectif : Le paranoïaque perd la notion de sa valeur relative dans la société; tout est contre lui, tous lui en veulent; le mélancolique se juge responsable d'événements qui n'ont aucun rapport avec ses actes; le débile juge tout et tous d'après son propre niveau.

(1) Janet : *Les débuts de l'intelligence*, page 154. Flammarion.

(2) A. Soulairac et R. Suttel : *De l'Antagonisme du Bien et du Mal dans quelques délires*. In. Ann. Méd. Psych., 1939.

Il y a là une perte de l'idée de hiérarchie, de causalité, en un mot de l'idée de relativité (*Beziungswahn* de Kretschmer).

À la notion de relativité se rattache celle de rythme, condition d'orientation spatiale et temporelle. Tout rapport entre deux objets, deux événements est jugé en fonction d'un rythme préétabli. Le rythme gouverne tous les mouvements. C'est l'ordre dans le temps. Il régit le domaine de la motricité, de la sensibilité, il est étroitement uni à l'état affectif du moment et peut varier avec chaque individu. Certains événements considérés avec le recul du temps nous semblent de durée équivalente, alors qu'en réalité leurs durées respectives sont disproportionnées.

Pour reprendre l'exemple d'un philosophe connu, le temps écoulé depuis la grande guerre semble relativement plus court que le temps de la guerre elle-même. Chacun de nous a donc en lui le pouvoir de diviser le temps vécu en une série de périodes dont la longueur dépend étroitement de son affectivité. Notre orientation entière varie en raison de ce facteur affectif et cela est si vrai que l'on observe toujours des troubles de l'orientation dans les psychoses ou l'affectivité est atteinte.

Cet apport primitif se complète au cours du développement de l'individu et donne naissance aux notions de temps et d'espace, notions élémentaires chez l'enfant comme nous verrons bientôt.

On arrive ainsi à admettre, par le simple exercice de la clinique psychiatrique, les théories de Fichte, Hegel et Kant qui prétendaient que ce n'est pas nous qui vivons dans l'espace et le temps mais que ceux-ci sont des formes de notre esprit que nous appliquons à tout ce

qui nous entoure. Nous citons ici quelques passages d'une observation empruntée à M. A. Ley ⁽¹⁾. Il s'agit d'un homme de 29 ans présentant « un état dépressif avec préoccupations hypochondriaques, basés sur un dérèglement viscéral assez marqué, idées d'incurabilité et de mort prochaine, accompagnées de désordre affectif, et notamment d'une étrange aversion pour sa femme et son enfant ».

Ce malade présentait en même temps un état psychasthénique avec tendance à se sentir vivre dans le rêve, à considérer tout comme irréel, à se sentir autre avec changements dans la cénesthésie et le son de la voix. « C'est au cours de cet état que se sont produites chez lui des altérations très curieuses, survenant par crises, des notions d'Espace et de Temps. Parfois, il lui paraissait qu'il grandissait jusqu'à devenir un géant, un « sur-homme ». Il avait alors une sensation de supériorité, de domination sur son entourage, l'impression qu'il pourrait « avaler tout le monde », avec cependant la notion de son incapacité persistante.

Il souffrait particulièrement de cette idée de supériorité, lorsqu'elle s'appliquait à une personne qu'il respectait et vis à vis de laquelle il se sentait inférieur, comme son médecin par exemple.

A d'autres moments il se sentait devenir petit avec de la macropsie pour les personnes de son entourage. Il se sentait alors impuissant et nul et se considérait comme un nain méprisable... Parfois, sans s'accompagner de sensations personnelles de transformation il voyait se déformer, dans un sens toujours désagréable, grotes-

(1) A. Ley (de Bruxelles) : *Sur les troubles de la notion de temps et d'Espace*. Congrès des Aliénistes Neurologistes; Rabat, 1933.

que et ridicule, les gens autour de lui : sa femme, son médecin, lui apparaissaient avec un visage difforme et faisant des gestes qui les ridiculisaient. Sa femme, jeune et jolie, lui apparaissait sous forme d'une vieille servante difforme et sale, il en souffrait et ressentait pour elle de l'aversion.

Durant la même période, cet homme avait aussi des troubles très marqués de la notion du temps. Ses illusions à ce sujet étaient variables mais il se sentait toujours incapable d'apprécier exactement surtout les notions de passé et d'avenir. Il se sentait alternativement très vieux, sénil et incapable, ou à d'autres moments, très jeune, avec des tendances, jamais réalisées, au sport, au jeu et à l'amour, comme s'il avait seize ou dix-sept ans. Il appelait ces dernières périodes : sa folie romantique. L'écoulement du temps lui apparaissait parfois comme très long, parfois comme très court; parfois comme illimité et alors survenait une idée effrayante et terrible : l'éternité. Il avait l'impression que ses souffrances ne finiraient jamais et songeait souvent au suicide ».

M. A. Ley commente en quelques lignes cette observation : « Il me paraît bien résulter, dit-il, de l'ensemble des faits que nous apporte cette histoire de malade, que les notions espace-temps ne sont pas conditionnées seulement par la sphère visuo-kinesthésique consciente, qui n'en représente que l'élément présent empirique, situé dans le domaine « orientation-causalité », mais aussi par un principe beaucoup plus profond et plus ancien dans la psycho-génèse.

Les troubles qui chez notre sujet, font apparaître le Temps comme démesurément plus long ou plus court, qui déforment ses notions d'âge et de durée, comme

celles qui modifient ces notions de grandeur et de direction, surgissent toujours sous la forme inattendue d'un brusque jaillissement et s'imposent à lui non pas comme des manifestations réfléchies et raisonnées, mais comme de véritables poussées instinctives — affectives s'accompagnant d'ailleurs des phénomènes organiques habituels de l'émotion. Ces troubles nous révèlent en réalité que dans notre conception du Temps et de l'Espace, nous mettons beaucoup plus que nous serions tentés de le croire, de notre personnalité profonde que nous n'employons l'atlas visuo-musculo-tactile de M. Taine ».

Cette observation et les commentaires de son auteur résument ce que nous avons exposé de ces formes psychologiques élémentaires et de leurs rapports étroits avec les phénomènes affectifs. Nous pensons cependant qu'il existe encore quelque chose d'autre que ces notions fondamentales, et que le facteur affectif se complique dans toute tentative d'orientation de notions acquises, didactiques composant cet apport que nous avons appelé la superstructure idéatoire.

La superstructure idéatoire

Elle est formée non seulement par tous les résultats de l'expérience personnelle mais aussi par la masse des souvenirs vécus, par les acquisitions intellectuelles, les habitudes, le métier. Elle est donc, elle aussi, en rapport direct avec notre affectivité.

Nous ne pouvons mieux montrer l'importance de cet apport psychologique qu'en l'étudiant comparativement chez l'enfant où il commence à se développer et chez l'adulte. Nous avons été frappés de la diversité des représentations que pouvait faire naître un mot dans l'esprit d'un individu suivant son âge, sa formation intellectuelle et son mode d'activité.

Prenons l'exemple de deux enfants, Elise (10 ans) et Simone (8 ans). Toutes deux vont à une école située entre deux rues : la rue Pascal et la rue Molière. Nous leur demandons ce que signifie ces noms et elles répondent d'un commun accord par une phrase lue dans leur Histoire : « Pascal a étudié la religion et Molière a fait de belles comédies ». Il semble donc que le nom de ces deux rues soit pour ces enfants une notion déjà complexe comprenant à la fois une notion d'orientation pratique (la rue que l'on prend pour aller à l'école) et une notion didactique surajoutée (la signification du nom de cette rue). Si nous posons la même question à un enfant plus jeune le facteur didactique sera plus élémentaire, sinon absent, et seul le facteur d'orientation subsistera. La même question posée à un adulte sans aucune instruction ne produira chez lui aucune évocation littéraire ou historique mais simplement une idée d'orientation pratique liée éventuellement à une représentation affective (la rue qui mène à la maison, au restaurant, etc.). Le mot « Pascal » ou « Molière » n'aura pour lui aucune valeur propre et les dénominations « Rue A » et « Rue B » auraient fait naître dans son esprit les mêmes images. Chez un adulte instruit, au contraire, la représentation sera beaucoup plus riche et pourra être liée soit à des évocations historiques soit à un souvenir personnel (lecture ou spectacle d'une œuvre de l'un de ces auteurs) et à cette évocation pourra se joindre une nuance affective (préférence et choix). Nous avons choisi à dessein un exemple schématique mais il est bien évident que ces notions acquises complètent les données élémentaires de l'orientation par un apport à la fois intellectuel et affectif. Les trois formes classiques de l'association d'idées : contiguïté, continuité et ressemblance, jouent au maximum dans ce mécanisme psychologique.

Prenons l'exemple d'un lieu connu tel que la « place de la Bastille ». Cette idée de lieu renferme pour chaque individu une superstructure idéatoire différente selon l'intérêt que cet endroit présente pour lui. Cet intérêt varie non seulement avec le pouvoir d'évocation du nom mais aussi avec le moment. Pour le chauffeur de taxi ce sera le point terminal du schéma de la route à suivre. Pour un homme plus instruit la nature de l'évocation dépendra du but choisi : s'il a l'idée de se trouver le plus vite possible sur cette place le schéma de la route à suivre se formera également dans son esprit mais avec moins d'exactitude et de détail, ses connaissances acquises à ce sujet n'étant pas suffisantes. Son orientation sera donc, en la circonstance, bien inférieure à celle du chauffeur de taxi. Si au contraire, on considère la richesse et la nature des images évoquées par le mot « Bastille » on s'aperçoit qu'il a pour l'homme instruit une valeur toute particulière à la fois à l'évocation du lieu actuel et des souvenirs rattachés à ce lieu. L'orientation sera alors bien supérieure puisque le nom du lieu en évoque toutes les caractéristiques dans le temps et dans l'espace.

Cette dissemblance dans l'orientation acquise a comme conséquence pour chacun de nous une division particulière, un rythme spécial du temps vécu. L'activité de chaque individu est alors régie par des notions d'orientation qui lui sont propres. Les points de repères du temps et de l'espace changent pour chacun de nous et les mesures classiques de temps et d'espace ne servent plus que de moyens d'expression. Pour l'enfant qui va à l'école l'année s'étend d'octobre à juillet, les autres mois ayant une valeur affective différente, en quelques sorte extratemporelle. Le jour de vacances et le jour de classe ne sont pas pour lui de nature assez semblable

pour être comparés. La notion d'espace subit les mêmes transformations, les objets qui meublent cet espace ayant chacun une valeur affective déterminée. Pour le cultivateur l'année se divise tout autrement, les saisons d'activité ayant une valeur plus grande et les saisons de repos étant raccourcies psychologiquement parceque ayant une valeur moindre. Beaucoup de campagnards estiment les distances et le temps par des mesures pratiques et non par des mesures théoriques qui sont abandonnées et jugées superflues pour leur mode d'activité.

La notion de l'heure est remplacée par celle de la durée et le moment de la journée est estimé par le lever, la hauteur et le coucher du soleil. La distance même est estimée par le temps nécessaire à la parcourir; tel village est à une demi heure de marche et il est difficile d'obtenir une estimation en kilomètres, mesure qui relève d'un autre mode d'activité.

Nous verrons en étudiant les troubles de l'orientation dans les maladies mentales à quel point cette superstructure idéatoire peut influencer sur l'idée que nous nous faisons du monde extérieur.

D'une façon générale on peut donc dire que la superstructure est un apport global, variant avec chaque âge et chaque individu et qui joue un rôle important dans notre orientation et nos réactions vis à vis du monde extérieur. Cet apport est constitué de notions acquises à caractère soit affectif (souvenirs, sentiments) soit intellectuel (notions didactiques pures, acquisitions scolaires, artistiques, etc...). Tout ceci recouvre les notions élémentaires et fondamentales d'orientation dont nous avons déjà parlé. Enfin, à la base de tout ce trouve un noyau sensoriel pur constitué par les sens classiques de l'orientation.

Nous pensons avoir montré par l'étude de ces trois éléments que le fait de s'orienter, au sens où nous l'entendons, implique des phénomènes psychologiques variés mais au moins aussi importants que les phénomènes sensoriels concomittants.

Nous allons nous efforcer de montrer dans le chapitre suivant ce qu'est l'orientation du primitif, de l'enfant et du vieillard, individus dont les caractères psychologiques sont très particuliers.

L'orientation chez le primitif, l'enfant, le vieillard.

L'opinion de Wallon, que nous rappelons ici, nous semble s'appliquer plus particulièrement aux deux âges extrêmes de la vie ainsi qu'à la mentalité primitive. « L'analogie ou la différence des dispositions affectives, du régime de vie et d'activité rapprochent ou écartent nos lambeaux de vie en dépit de leur véritable succession chronologique ». (1)

La plupart des auteurs qui ont étudié le sens de l'orientation chez les primitifs ont été surpris de le trouver si perfectionné. Précisons avant tout qu'il s'agit ici d'un sens pratique et concret. Comme le fait remarquer Lévy-Bruhl (2) le primitif a une « mentalité prélogique » et cette mentalité répugne à l'analyse. Le revêtement idéique des objets qui l'entourent se résume à un souvenir complexe, souvent mystique qui détermine son action vis à vis de l'objet. L'orientation est basée chez lui sur la mémoire et cette mémoire retient avant tout l'aspect pratique et affectif des choses. Le primitif voit

(1) H. Wallon : *Encyclopédie Française* (T. VIII). — *Construction du monde extérieur*.

(2) Lévy-Bruhl : *Les fonctions mentales dans les sociétés inférieures*. Alcan, 1910.

et interprète le détail; chacun a pour lui son sens propre et il ne ressent pas l'utilité de le faire participer à une synthèse d'où sortiront les événements d'un raisonnement. Cet acte est trop abstrait. Le caractère qu'a pour lui chaque objet lui est propre et il ne saurait constituer un total où le caractère affectif de chaque élément s'estomperait pour laisser place à l'idée générale. « Or, dit Lévy-Bruhl, les mêmes hommes qui possèdent cette mémoire sont en Australie par exemple ou dans le nord du Brésil, incapables de compter au delà de deux ou trois. Le moindre raisonnement tant soit peu abstrait leur répugne tellement qu'ils se déclarent tout de suite fatigués et qu'ils y renoncent. »

Ce sens concret de l'orientation est sous la dépendance étroite de l'état affectif du sujet. Un explorateur allemand rapporte que, par les gros orages, les erreurs d'orientation sont assez fréquentes chez les primitifs. Faut-il attribuer ces erreurs aux changements des repères ou au trouble affectif produit par un phénomène surnaturel ? Il est probable que l'état psychologique a ici une influence prépondérante. Voici par exemple ce que disait Cortnetz ⁽¹⁾ au sujet de son guide Adari (Sahara) : « Cet homme, si remarquable en ce qui touche les directions et le maintien d'une direction, étonne quand on lui demande des évaluations de distances parcourues. Une demi journée de marche est sa plus petite unité de mesure. Il calcule la distance à l'effort dépensé : un trajet en terrain difficile lui paraîtra toujours plus long... Un point vers lequel nous allons est proche s'il est bien disposé, en particulier s'il revient chez lui; est-il de mauvaise humeur, alors c'est très loin ». C'est là un

(1) P. Jaccard : *Le sens de la direction et l'orientation lointaine chez l'Homme* (page 205, la mémoire des mouvements) et des lieux.

exemple particulièrement frappant des variations de la notion de temps et de distance sous l'influence d'un facteur affectif.

La psychologie de l'enfant se rapproche par certains points de celle du primitif. Comme celui-ci il ne répugne pas à croire qu'une chose ou un être puisse être à la fois à côté de lui et ailleurs. La notion d'espace et de temps lui est d'autant moins sensible qu'il rapporte tout à lui et que sa sphère est extrêmement réduite. Le « quand » n'est conçu pour lui que dans un temps très rapproché. Le « hier » n'a qu'une valeur affective et non chronologique et le « demain » n'est pas envisagé. De là ces manifestations dans lesquelles l'enfant renvoie au lendemain ce qu'il lui déplaît et exige par un « maintenant » la réalisation de ce qu'il demande.

La notion de causalité subit la même simplification. Le « pourquoi » est une question basée sur ce qu'il perçoit ou ressent à l'instant présent et toute réponse mettant en cause un avenir ou un passé trop lointain, le dépasse. Il lui est tout aussi difficile d'avoir une idée d'un temps très long ou d'un espace très grand qu'il est difficile pour un adulte illettré d'admettre que l'étoile polaire est à une cinquantaine d'années-lumières, mesure scientifique qui dépasse les possibilités de notre perception. Sa notion de l'espace est « fragmentaire, épisodique, et amalgamée à tout ce que le milieu oppose à son action de résistances et de forces diverses ».

Dans cette sphère très réduite qu'est son orientation proximale certains rapports même lui échappent. Comme le fait remarquer Wallon : « Le contact a pour lui une sorte de valeur absolue. Il s'isole dans l'espace. Il ne sait pas l'imaginer dans ses rapports avec la direction de l'espace et les directions qui peuvent y répondre... Sa manière de faire rappelle parfois celle des aphasiques

chez qui Van Woerkom a décelé de graves insuffisances dans l'intuition et l'utilisation de l'espace. Comme eux il ne soit pas imaginer de position et de trajet qui s'écartent des contours délimitant l'étendue où il opère ou de ce qui s'y trouve déjà situé ».

Cette insuffisance de l'orientation s'étend jusqu'à l'utilisation des objets de l'ambiance immédiate. Il peut ranger les objets qui l'entourent mais cet ordre ne correspond pas au but poursuivi. Il est incapable de les ajuster d'après un schéma d'orientation préétabli. Il voit un seul côté des choses et ne remarque le plus souvent que le détail. Le don d'observation que l'on reconnaît à l'enfant n'est en réalité que la faculté de saisir un détail dans un ensemble, alors que l'adulte résume la totalité de ses perceptions en un schéma général. Segers a fait justement remarquer que « jusqu'à 9 ans (âge qui nous paraît un peu exagéré) un enfant dénomme un animal composite soit d'après sa tête soit d'après son corps et c'est plus tard seulement qu'il sait dissocier les deux éléments ».

Nous avons réuni des devoirs d'enfants de 7 à 8 ans dont le sujet était « description de ma maison » et nous avons été frappé par la disproportion des valeurs données aux objets retenus. Beaucoup oublièrent de décrire le cadre général (disposition, grandeur de la maison) pour s'arrêter à des détails infimes, sur lesquels ils insistaient longuement. Une phrase était particulièrement typique. L'enfant après avoir décrit très rapidement et incomplètement sa maison écrivait « devant ma maison il y a une marche et un païlasson » détails minimes mais dont on comprend l'importance chez l'enfant pour qui cet endroit est vraisemblablement la limite extrême autorisée pour ses jeux et où il se trouve le plus libre.

Les essais d'orientation distale sont maladroits et les résultats disproportionnés. L'expression des chiffres est exacte tant que le nombre ne dépasse pas celui des doigts, contrôle facile, mais devient exagérée dès que ce nombre est dépassé. Cette exagération persiste alors même que l'enfant a déjà quelques notions de calcul et les nombres exprimés ont toujours des valeurs absolues (centaines, milliers, dizaines, centaines de milles). L'enfant est constamment guidé par son affectivité et cette affectivité varie constamment avec le moment d'où l'impossibilité d'une orientation vis à vis du passé, de l'avenir et de tout ce qui n'est pas perçu dans le présent. Il peut assimiler deux situations distinctes sous l'influence de sa sensibilité qui leur découvre certaines affinités de même qu'il ne peut pas comprendre des circonstances en opposition avec sa tonalité affective présente.

Le cas est tout différent pour le vieillard que caractérise sur tout une modification du sens chronologique. H. Wallon résume, à notre avis, en quelques mots le mécanisme des modifications de l'orientation. « La prépondérance croissante des habitudes et des connaissances tend à oblitérer le sentiment chronologique ». Cela est surtout vrai pour le vieillard. « À mesure qu'une situation nous devient plus familière... l'immédiate réduction de toute impression à son contenu utile fait, qu'une sorte d'anonymat dépouille les êtres et les choses de ce qui pouvait en faire l'objet d'un souvenir particulier ». Le vieillard tend donc à ramener vers le passé dans une comparaison involontaire tout objet ou tout être qui se trouve en sa présence. Tout lui devient familier et revêt cet aspect de déjà vu qui ramène automatiquement le flot des souvenirs antérieurs. Il se produit alors un raccourcissement du temps, la perception présente n'étant qu'un « double », d'un intérêt affectif bien inférieur à la perception ancienne.

LA DÉSORIENTATION DANS LES ATTEINTES ORGANIQUES

La neurologie classique et les nombreux cas relevés dans la chirurgie de guerre ont fourni les sujets de très nombreuses études sur la physio-pathologie de l'orientation. Nous n'avons pas l'intention de parler ici des troubles curieux observés dans les grands syndromes neurologiques mais simplement de rappeler quelques cas particuliers caractérisés par des anomalies de la représentation spatiale et temporelle. Il se saurait donc être question des troubles graves de l'orientation qui ne sont généralement rattachés que de très loin aux troubles très particuliers de la perception et de l'expression des relations spatiales, pas plus qu'il n'est question d'envisager ici les troubles du sens de l'orientation tout entier qui sont du domaine psychiatrique.

Comme l'a dit Janota ⁽¹⁾ : « On est en droit de parler d'un ensemble de troubles de l'activité perceptive et expressive concernant les relations spatiales ».

Les localisations cérébrales des troubles de l'orientation spatiale et temporelle ont toujours été très discutées. Les uns y voient une atteinte de l'hémisphère droit, les autres du gauche, d'autres enfin accusent des lésions du corps calleux.

(1) O. Janota : *Sur l'apraxie constructive et les troubles apparentés de l'aperception et de l'expression des rapports spaciaux*. Encéphale, novembre 1938.

Citons d'abord un syndrome dont la localisation ne prête plus actuellement à discussion : le, ou plutôt les syndrômes d'insuffisance cerebelleuse dans lesquels les malades sont incapables d'ordonner leurs impressions et de donner la priorité aux plus urgentes.

Dans un autre ordre, le professeur J. Lhermitte rapporte le cas ⁽¹⁾ d'un malade chez qui le trouble de la pensée spatiale apparaissait particulièrement prononcé alors que les autres fonctions de l'esprit restèrent toujours intactes. « Ce qui frappait le plus, c'était le désordre de l'activité motrice volontaire et réfléchie, lequel faisait avec la conservation de la conscience, de l'intelligence, de la mémoire, de la pensée verbale, le contraste le plus saisissant ». Ce malade pouvait exécuter à peu près des actes automatiques ou instinctifs mais ne pouvait faire par la simple réflexion le geste le plus élémentaire « dès qu'il s'agissait d'une combinaison à laquelle participait le sens géométrique, le sens de l'espace ». Il s'orientait facilement dans l'espace et suivait un itinéraire compliqué. Il conservait « le sens de l'orientation et de la disposition respective des objets de même que l'appréciation de la direction, de la vitesse des mouvements qui se déroulaient dans le champ de sa vision », mais était absolument incapable de tracer « les figures géométriques les plus simples soit au commandement soit même après la proposition du modèle ».

M. M. Dide envisage successivement les anomalies temporospatiales selon les zones encéphaliques où on les observe, et distingue ⁽²⁾ :

(1) J. Lhermitte : *Langage et mouvement*. Encéphale, janvier 1938.

(2) M. Dide : *Les désorientations temporo-spatiales et la prépondérance de l'hémisphère droit dans les agnosokinésies proprioceptives*.

1° Un syndrome mésencéphalo-frontal (étendue-durée) ;

2° Un syndrome occipital, de l'aire visuelle ;

3° Un syndrome de la zone pariétale droite.

Il classe enfin dans une quatrième catégorie les participations respectives des diverses fonctions encéphaliques dans la synthèse psychique.

Il cite un cas d'anesthésie viscérale caractérisé par « un oubli absolu des appels cenesthésiques. Le malade en sortant de table croit avoir faim mais il oublie de demander sa nourriture quand d'autres malades mangent. Le gâtisme bien entendu, est complet ». Pour M. Dide cette anesthésie viscérale explique la perte absolue de l'intuition temporelle.

Il étudie également les troubles de la désorientation topographique, troubles que Wilbrand, Wernicke, Lissauer rattachent à des lésions de la région calcarine.

Il s'étend plus particulièrement sur la perte de l'orientation sur un plan sans désorientation exospatiale. « Le malade ne se perd pas en ville, reconnaît sa place à table, la porte par où il est entré mais devient incapable de lire un plan ». Ces anomalies de l'orientation sont attribuées par l'auteur à des syndromes des deux hémisphères ou de l'un d'eux, mais il met surtout en cause l'hémisphère droit. Et il conclut : « l'impossibilité de concevoir et de s'orienter dans un plan à deux directions alors qu'est conservée la faculté de se mouvoir et de se retrouver dans l'étendue Euclidienne apporte à la thèse de non spécificité spatiale des identifications visuelles un argument de grand poids ».

O. Janota, dans un article déjà cité, met en cause dans les troubles de la perception et de l'expression des relations spatiales, la région pariéto-occipitale, à savoir

la partie gauche chez les droitiers. Il étudie dans le détail les troubles de l'orientation spatiales apparentée à l'apraxie constructive et rapporte l'observation d'un homme, charpentier de son métier, qui à la suite d'un accident d'auto présentait une fracture de l'os temporal gauche :

« Quand il essaie de dessiner la perspective, le malade semble garder une certaine conscience que les droites doivent converger et diverger, mais au moment de choisir une certaine direction il hésite et fait régulièrement converger en avant les droites qui doivent converger en arrière. Il sent lui-même la cause principale de ces difficultés dans le fait qu'il ne peut pas, comme il le dit, *mettre les choses ensemble* ».

Cette impossibilité de réaliser la forme spatiale de l'image, non imputable à l'apraxie simple, justifie le terme d'apraxie constructive employé par Kleist.

Janota rattache l'acalculie à ces troubles très particuliers de l'orientation. « Toutes les opérations fondamentales du calcul, dit-il, sont rapportées à des impressions spatiales (le calcul sur les doigts et sur des appareils compteurs, le calcul à l'aide d'objets, etc...). Et ce qui caractérise le plus souvent l'acalculie qui accompagne l'apraxie constructive, ce sont les troubles de la faculté de se rendre compte de la valeur locale des chiffres, dans la lecture et dans l'écriture, ainsi que dans le calcul, les troubles du sens des règles de direction, symptômes qui touchent nettement le domaine de la perception des relations spatiales ».

Ces faits sont à rapprocher de ce que nous avons fait remarquer au sujet de l'orientation de l'enfant, chez lequel les connaissances apparaissent également incertaines et insuffisantes.

Nous verrons ultérieurement en traitant de la désorientation dans les démences séniles, les troubles de l'orientation spatiale pratique (autotopagnosie de Pick, planotopagnosie de P. Marie) et de la faculté de se diriger dans les localités, les maisons, qui représentent des déficits de nature plus globale et plus grossière.

Une impression générale se dégage de l'étude des troubles que nous venons d'exposer.

Les lésions localisées ne donnent pas toujours des troubles fixent correspondants. Comme le fait remarquer M. Dide, il existe peut-être un rapport génétique entre les troubles de la reconnaissance de son propre corps, si fréquents, et ceux de la faculté de deviner l'écoulement du temps (étudiée par Erhenwald, Hoffe et Poetzl) en raison de l'interdépendance fondamentale temps-espace.

Les grandes fonctions de la conscience qui groupent et systématisent les expressions telles que la représentation temporo-spatiale, peuvent être compromises par des lésions très diverses et le mécanisme des phénomènes de suppléance éventuelle nous échappe encore. La chirurgie de guerre a en effet montré que la suppression bilatérale de certaines régions de l'encéphale n'a pas toujours amené la perte de la fonction correspondante.

Van Woerkom en arrive à cette conclusion que « deux fonctions se superposent dans l'esprit humain : l'une plus simple, plus élémentaire, grâce à laquelle nous identifions le monde extérieur, l'autre qui nous fournit les données de direction, de rythme et de nombre, base de notre action dans l'espace et dans le temps ». Nous faisons observer en passant la relation orientation-activité que nous impose la clinique neurologique. J. Lhermitte remarque d'autre part que « le désordre de la pen-

sée verbale qui marque l'aphasie se rattache à une fonction d'ensemble, inhérente à l'intelligence, qui consiste dans le maniement de schémas, de symboles temporels et spatiaux ».

L'apport sensoriel se trouve donc compléter par une fonction d'ensemble supérieure que l'on nomme ici intelligence, faculté de synthèse ou de schématisation. Cette fonction est susceptible de se perfectionner et de remplacer parfois les sens déficients ou absents.

Nous reproduisons ici quelques passages d'un article d'un psychologue aveugle P. Villey ⁽¹⁾ sur la psychologie des aveugles. « Là où il doit vivre et agir, voulant agir par lui-même autant que possible, l'aveugle actif éprouve un impérieux besoin de bâtir autour de lui l'espace concret où il devra se mouvoir, auquel il devra adapter ses gestes... Ce besoin de projeter un espace autour de lui varie sans doute beaucoup en intensité selon les individus. Au moins pour les natures actives, toute perception tend à se projeter et à s'ordonner dans une représentation spatiale. L'ordre des aveugles est légendaire : il est pour eux une condition de l'action. Le même principe qui leur commande de ranger chaque chose à une place déterminée leur fait une nécessité encore de construire des représentations ordonnées. Ce n'est pas ainsi qu'on se représente d'ordinaire la vie mentale de l'aveugle, et spécialement les éléments concrets de sa pensée. On est tenté de la croire beaucoup plus abstraite qu'elle n'est, et limitée à des représentations beaucoup plus réduites. On se figure volontiers l'aveugle comme demeurant en quelque sorte étranger à son milieu qu'il ne peut point appréhender, ne disposant que de prises trop fai-

(1) P. Villey : *Des représentations synthétiques des aveugles*. Journal de Psychologie, 1930.

bles ». Cela vient de ce que « au lieu de chercher à nous placer d'emblée dans l'imagination de l'aveugle, à la pénétrer par une intuition sympathique, nous la construirons ».

La vue nous permet de saisir les objets à la fois dans leur total et leur détail. Cette simultanéité place tout ce qui nous entoure à la fois dans l'espace et dans le temps. Chez l'aveugle qui explore de sa main les formes qui l'entourent il n'y a qu'une perception de détails successifs « des mouvements qui se succèdent dans le temps ». La théorie de Platner cantonne la pensée de l'aveugle dans le temps. « L'unité de ces représentations serait pour l'aveugle quelque chose comme l'unité d'un air de musique qu'on ne peut imaginer que déployé dans le temps ». Or, malgré cette succession des détails dans le temps l'aveugle parvient cependant à se représenter les objets dans l'espace, d'une manière très appauvrie peut-être, mais suffisamment complète pour qu'il puisse imaginer un espace relativement étendu. P. Villey s'insurge contre l'opinion de Diderot qui veut qu'on ne peut pas imaginer sans couleurs; bien plus il soutient que « ces images, mêmes relativement étendues et bien au delà des limites du toucher, peuvent, en opposition avec les sensations d'où elles sont nées, être parfaitement simultanées et acquérir à un haut degré le caractère synthétique ».

Il est bien évident d'autre part que certains sens déficients peuvent être remplacés par d'autres qui deviennent alors d'une complexité difficile à imaginer pour l'individu normal. Le « sens de l'obstacle » que les aveugles situent généralement dans la région frontale est une des plus extraordinaires de ces suppléances. Certains aveugles parviennent également à percevoir les obstacles par la simple résonnance de leur baton sur le sol.

Beaucoup de choses qui chez un être normal échappent à l'observation sont enregistrées par eux. Les odeurs et les sons remplacent la vue. Grâce à ces sensations ils battissent un schéma du temps et de l'espace. « le chant du merle est la note musicale du mois de mars, comme celui du pinson est celle du mois de février. Au mois d'avril, nous entendons la fauvette à tête noire, puis le rossignol, et en mai, le loriot. Grâce à ces oiseaux, un aveugle peut constater l'avancement du printemps ⁽¹⁾ ». Le sens de l'ouïe est naturellement complété par l'odorat et le toucher.

Nous avons personnellement étudié l'orientation chez deux aveugles de l'asile de Moisselles. Ces deux malades étaient parfaitement orientées dans le temps et l'espace, connaissant les dates, les lieux, les événements de l'asile et même les événements extérieurs. Mme V.. Es reconnaissait toutes les personnes du service au son de leur voix, savait exactement la situation des lits dans la salle. Atteinte d'un délire hallucinatoire assez intense elle demandait à changer constamment de lit et indiquait sans erreur de direction celui qu'elle désirait, justifiant son choix par la distance qui la séparait de telle malade, d'une porte ou d'une fenêtre, etc...

L'expérience prouve d'autre part que l'on peut arriver à orienter approximativement dans le temps et dans l'espace des aveugles-sourds-muets de naissance. Les écoles de rééducation conçues dans ce but parviennent à inculquer à ces malades des données suffisantes pour leur permettre un maximum d'orientation et d'activité.

C'est dire que ce que nous avons appelé le noyau fondamental de l'orientation, à savoir le facteur sensoriel,

(1) Frank Brocher : *Regarde*, p. 26.

est susceptible d'être réduit à un minimum, minimum suffisant si le facteur psychologique concomittant est assez perfectionné.

Nous allons donc maintenant envisager les troubles de l'orientation dans les principales maladies mentales.

LA DÉSORIENTATION DANS LES MALADIES MENTALES

« Tout syndrome délirant bien caractérisé apparaît comme l'expression idéique ou idéo-émotionnelle d'un trouble générateur sous-jacent. Ce trouble se rapporte en premier lieu à la façon dont l'individu normal s'affirme et se situe par rapport à l'espace et au temps vécus, et conditionne une régression de la structure de la personnalité toute entière. »

E. MINKOWSKI.

Les troubles de l'orientation dans les maladies mentales n'ont encore jamais été étudiés d'une façon globale mais les anomalies de la notion de temps et d'espace ont donné lieu à de nombreux travaux d'un grand intérêt. Nous citerons parmi eux les ouvrages de R. Bouchard ⁽¹⁾, de Revault d'Allones ⁽²⁾ et surtout de E. Minkowski ⁽³⁾.

R. Bouchard après une courte discussion sur la psychologie de l'idée de temps adopte l'idée de W. James : le temps est une acquisition expérimentale naissant de la conscience du changement. Il étudie ensuite la notion de temps chez les sujets normaux et chez les primitifs.

(1) R. Bouchard : *Sur l'évaluation du temps dans certains troubles mentaux*. Thèse, Paris, 1926.

(2) Revault d'Allones : *L'affaiblissement intellectuel chez les déments*.

(3) E. Minkowski : *Le temps vécu*; collection de l'Évolution psychiatrique.

Passant au domaine de la pathologie il montre que chez les psychopathes lucides les erreurs sur le temps ne sont guère plus nombreuses que chez les sujets normaux. Elles sont en relation directe avec l'affaiblissement intellectuel. Il met à part les délires à thème temporel.

Ce travail représente une étude très approfondie de la notion de temps mais à notre avis il laisse trop de côté la notion de temps au profit de la notion durée. Les expériences portent en effet sur des durées de quelques minutes que le sujet doit estimer le plus exactement possible. Il s'agit là de notions à peu près dépourvues de ce que nous avons appelé la superstructure idéatoire qui est comme nous l'avons montré un facteur important de l'orientation dans le temps ou dans l'espace. Le temps long est conçu différemment pour l'enfant, l'adulte, le vieillard, mais la durée est d'autant moins sujette à des erreurs d'estimation qu'elle est plus courte.

Chaque psychopathie implique de par sa nature même une forme de désorientation différente.

..

Le délire mélancolique est à structure temporelle. Il y a immobilisation de la pensée dans l'attente d'un châtimeut ou d'une catastrophe.

L'avenir lointain n'existe pas. Il est remplacé par la perspective immédiate de la punition des actes du passé. Le malade conçoit le futur dans chaque instant qu'il vit mais ne pousse pas plus loin dans sa représentation. Il attend constamment la chute d'une continuelle épée de Damoclès. L'idée de mort s'impose à lui et son esprit ne peut que retenir ces deux idées étroitement associées : la faute qui mérite un châtimeut et le châtimeut qui doit incessamment et obligatoirement punir la faute.

Tout le reste n'existe pas. Il ne saurait y avoir de désirs, d'aspirations, d'élan vers le futur comme chez l'homme normal. Le désir n'est même pas ressenti; il s'exprime cependant quelquefois sous la forme d'une prière pour qu'on applique immédiatement un châtiment inéluctable. « Il n'y a qu'à me tuer tout de suite ».

Le présent est comme fondu dans le passé. Parfois les actes répréhensibles remontent à très longtemps en arrière et se continuent malgré le malade :

Obs. I. — Mme B., une malade du service du docteur Beaudouin à Maison-Blanche, nous dit : « Tout cela a commencé il y a longtemps; je ne peux pas vous dire exactement combien. Une cliente a donné de l'argent en trop; je ne l'ai pas vu. Elle a du dire que j'étais une voleuse, toute le monde croit que je suis une voleuse. » Comme nous lui demandons si elle connaissait cette personne « Je ne sais pas qui c'est; elle n'est jamais revenue mais tout le monde est sûr que je suis une voleuse. C'est de ma faute. Quand je suis venue ici personne n'a rien dit devant moi mais tout le monde croit que j'ai volé cet argent. J'attends qu'on vienne me prendre pour m'emmener en prison. Je le mérite, j'ai volé, je dois aller en prison. On m'a mise ici pour venir me chercher de suite ». La malade, entrée depuis deux mois dans le service, n'a aucune notion écoulé depuis son internement. « Il y a quelques jours », dit-elle. Elle ne mange qu'après insistance et ne s'intéresse à rien de ce qui se passe autour d'elle. La conviction que sa faute est connue de tous et recueille la désapprobation générale n'est justifiée sur aucune observation personnelle car elle reste toute la journée dans son lit, le drap rabattu sur les yeux et pleurant des heures entières sans s'occuper de ce qui se passe autour d'elle. « Je sais que tout le monde est au courant » dit-elle seulement. Son indifférence est absolue pour tout ce qui ne peut être intégré à son délire. Le lieu où elle est ne l'intéresse pas; elle sait seulement qu'on l'a mise là pour que la police puisse l'emmener tout de suite. Elle ignore les jours, la date, et l'heure. Dans cette grisaille uniforme de tous ses instants les différents événements de la journée (coucher et lever des malades; repas, etc...) passent absolument inaperçus.

Une question vient à l'esprit lorsqu'on regarde ces malades en proie à ce qu'on appelle vulgairement des « idées noires » : les mélancoliques s'ennuient-ils ?

La notion d'ennui est liée étroitement à celle de l'écoulement du temps, or cet écoulement n'est pas perçu chez le mélancolique par le fait même que le temps, pour lui est toujours de même nature. Ou bien le malade *craint* et son esprit est entièrement occupé par cette crainte ou bien il *croit* au châtement inéluctable et son attente est alors occupée par ces délires d'autoaccusation dans lesquels les malades ressassent continuellement l'idée de la faute et celle de la punition.

Notre vie est essentiellement orientée vers l'avenir. Gebattel et E. Minkowski insistent sur ce point. Si pour une raison quelconque l'avenir est barré, n'existe plus sous la forme d'aspirations, de projets, avec le sentiment d'incertitude qui les accompagne et ne les rend que plus désirables, notre orientation affective tout entière est bouleversée. La pensée dans un perpétuel va et vient s'appesantit sur le passé, cause éventuelle et sur le présent, ce présent perçu désormais sous la forme d'un obstacle infranchissable et définitif.

Les phénomènes obsédants sont à la fois la cause et l'effet de cet arrêt du temps. La tendance obsédante à ruminer les mêmes pensées isole le malade du monde extérieur et la perte de contact avec l'ambiance supprime tous les repères possibles d'écoulement du temps. Ce mécanisme psychologique est expliqué d'une façon très approfondie par E. Minkowski; il rappelle à ce sujet une malade de Straus qui disait qu'elle ne sentait le temps avancer que quand elle était en train de tricoter.

Chez certains déprimés mélancoliques on trouve une obsession curieuse : l'obsession du calcul. C'est en-

core là un phénomène à double effet. Le malade recherche inconsciemment une progression, une avance vers quelque chose qu'il ne peut atteindre et ce calcul sans fin ne fournit aucun point de repère à la conscience morbide. Il devient au contraire un phénomène d'arrêt et par là même une cause d'obsession.

Nous reproduisons ici l'observation très résumée d'une malade de l'asile de Moisselles.

Obs. II. — Mme V..., femme K., âgée de soixante-sept ans entre dans le service le 15 février 1937 avec le certificat suivant : « Atteinte d'affaiblissement intellectuel avec inquiétude continue, appréhension de malheurs. Préoccupation hypocondriaques. Désorientation dans le temps (se croit au mois de mai). »

A l'interrogatoire la malade est en effet absolument désorientée non seulement dans le temps mais aussi dans l'espace. Elle ignore l'année, se croit au mois de mai, ne peut dire son âge qu'à 4 ou 5 ans près. Elle ignore du lieu où elle se trouve et ne cherche pas à se renseigner. Elle passe ses journées à se lamenter car elle a peur qu'on lui tue son mari. A chacun de nos passages elle demande grâce, se traînant à nos pieds et suppliant qu'on laisse la vie sauve à son mari.

La malade atteinte d'un affaiblissement intellectuel assez marqué, s'oriente seulement dans les salles. Nous remarquons que chaque fois que ses préoccupations hypocondriaques s'intensifient elle se réfugie vers son lit, se place entre le mur et la tête du lit et se serre dans ce recoin en pleurant silencieusement.

L'état reste le même pendant plusieurs semaines. La malade ne semble avoir aucune conscience du temps écoulé et se croit à l'asile depuis « une semaine à peine ». Elle ne cesse de répéter : « j'ai peur qu'il m'arrive quelque chose et surtout qu'il arrive un malheur à mon mari. Le malheureux, il n'y est pourtant pour rien ». Elle ignore le jour, l'heure et ne fait que des réponses très vagues. Son mari vient la visiter et nous constatons bientôt qu'une ébauche d'orientation dans le temps se forme à la suite de ces visites. Mme V... est trop affaiblie intellectuellement pour retenir quels sont les jours où son mari peut venir la voir mais elle fait bientôt une association d'idées entre certains préparatifs de toi-

lette qu'elle remarque chez les autres malades les jours de visite et l'arrivée de son mari. Dès qu'elle a remarqué ces préparatifs elle nous demande s'il va venir et s'il ne lui est pas arrivé malheur.

Cette observation nous semble intéressante à deux points de vue : elle montre d'abord la malade, placée dans un milieu étranger et inconnu, s'orientant vers le seul objet qui lui soit personnel : son lit. Il est sa dernière propriété et sa seule défense contre le danger qui la menace. Il y a là un phénomène affectif à rapprocher de ce besoin d'aménagement de l'ambiance, d'appropriation, tendance fondamentale que nous étudierons plus tard.

On constate de plus un essai d'orientation basé non pas sur la division classique du temps mais sur une association d'idées élémentaires que l'on pourrait presque comparer à un réflexe conditionné : la vue de la toilette des autres malades fait penser à la visite prochaine du mari.

Cette malade, par opposition avec la précédente, fait partie de ce groupe que E. Minkowski a individualisé sous le nom de « dépressions réactionnelles ». La malade ne croit pas comme la précédente à l'inutilité de toute manœuvre pour arrêter ce qui doit arriver. Elle ne croit pas à une certitude mais à un danger, à une menace. Ces deux formes de mélancolie ne sont pas du même ordre ce qui explique, compte tenu de l'affaiblissement intellectuel, des désorientations différentes.

Il nous reste à parler de certains délires mélancoliques endogènes d'une nature encore tout autre et dans lesquels le malade alimente son délire par des interprétations de détails remarqués dans son entourage. Cette absence du repliement sur soi-même pour interpréter les données extérieures peut d'abord faire repousser le dia-

gnostic de mélancolie. Il semble cependant que l'on doive loger ces malades dans ce cadre étant donné le contenu de l'idée délirante. Le malade a remarqué que le lit de son voisin était plus éloigné que d'habitude. « C'est, dit-il, parce que je suis un criminel; on s'éloigne de moi, etc.. ». Le détail perçu peut alors donné lieu à une série de déductions générales qui viennent affirmer la conviction délirante.

Il semble que ces états soient la conséquence directe d'un repliement sur soi-même intense bien que peu apparent. Le malade ne prend contact avec l'ambiance que dans le sens de son délire; tout détail susceptibles d'enrichir le délire est recherché. Il y a là un trouble de l'espace qui complète bien le trouble du temps. L'avenir n'étant pas conçu la raison d'un changement dans l'environnement du malade n'est pas envisagée. Dans la remarque de malade que nous venons de citer, par exemple, il n'y a pas un essai d'interprétation normale. Le mélancolique ne pensera pas que son camarade a tiré son lit pour l'éloigner de la fenêtre à cause du froid. Ce souci du futur n'est même pas envisagé et la nature de son délire ne lui permet pas d'interpréter les gestes des autres autrement que vis-à-vis de lui.

Cette interprétation de détail a été bien décrite par Gebattel qui rappelle une description de Dostoïewski au sujet d'un homme qui sous la menace d'une exécution capitale imminente enregistre avec une précision extrême des détails sans la moindre importance : le bouton d'un uniforme, la cravate d'un passant, les pavés, etc... (1).

Il existe un rapport parfait entre l'enregistrement du temps et de l'espace et l'état affectif. Un homme d'une instruction moyenne et d'un état mental parfaite-

(1) E. Minkowski : *Le temps vécu*, p. 283.

ment équilibré nous racontait que passant un examen après une longue période de fatigue il n'aurait pu, pendant un temps impossible à estimer mais vraisemblablement très long, répondre à la question qui lui était posée, attendue avec angoisse n'avait provoquée chez lui aucune réaction. Perdu dans une contemplation pénible et ridicule il n'arrivait pas selon sa propre expression « à décoller sa pensée » des caractères de cette cravate. Il ne disposait que de trois minutes pour répondre et il lui a été toujours impossible d'estimer le temps qui a suivi le moment où il a enfin pu prononcer les premiers mots. « Ce temps, disait-il, était trop vide pour être estimé ». Nous voyons dans ce curieux exemple une réaction assez normale de l'esprit qui, après une période d'attente impatiente, se fixe sur le premier repère perçu qui devient ainsi, un relai spatial et temporel entre le passé et le futur. Il nous semble que le phénomène est comparable dans une certaine mesure avec celui qui se produit chez le mélancolique obsédé avec cette différence que chez celui-ci tout n'est orienté que par rapport à l'idée délirante.



L'excitation maniaque. — Elle se rapproche de la mélancolie en ce qui concerne le rétrécissement de la durée vécue. Seulement, ici, les idées délirantes ne sont pas dominantes; leur caractère propre est d'être fugaces et superficiels sans aucune tendance à se reproduire. Elles n'ont pas le temps de se fixer et l'oubli se produit aussi rapidement que l'idée est exprimée. C'est ce qui rend l'interrogatoire d'un maniaque particulièrement déconcertant. La réponse à une question complémentaire n'a plus dans l'excitation maniaque aigue aucun rapport avec la phrase précédente. L'idée n'est même pas délirante : elle n'a qu'une valeur d'évocation et est abandon-

née dès que l'évocation se produit. ce qui est instantané; c'est seulement le fond mental qui est changé.

Comment dans ces conditions, concevoir les troubles de l'orientation chez le maniaque ?

Le contact avec le monde extérieur doit plutôt être représenté comme une suite ininterrompue de frolements; il n'y a aucune pénétration. La durée vécue n'existe plus. Selon l'expression de Minkowski, ce qui fait défaut au maniaque c'est le *déploiement dans le temps*. Le passé n'est pas évoqué directement car ce retour en arrière est impossible par suite de la sensibilité aux incitations extérieures présentes, sans cesse renouvelées. Tout au plus le malade fait-il état dans ses réflexions ironiques de quelques citations, jeux de mots, chants, rappels de notions acquises antérieurement; il n'y a pas là évocation du passé mais rappel automatique de souvenirs inconscients. L'avenir ne peut pas non plus être évoqué car cette évocation exige un état d'isolement au moins temporaire vis-à-vis du monde extérieur présent. Cet isolement ne peut être obtenu et le malade est et reste un esclave du présent.

Nous rapportons ici un passage d'une observation de M. Minkowski ⁽¹⁾. Il interroge une excitée maniaque et, parvenant à fixer son attention quelques instants, lui demande des nouvelles de son mari, un commerçant qui avait tout d'abord rencontré quelques difficultés. A la question « est-il content ? » la malade répond « quand ? A cette heure-ci ? Je n'en sais rien ».

N. B. — D'après le Dr A. Ivanoff-Smolensky et Minkowski on pourrait calmer provisoirement les maniaques et obtenir d'eux des réponses satisfaisantes en fixant leur attention sur le passé. Le maniaque est ainsi libéré de l'emprise du « maintenant ». Quoi-qu'il en soit une intervention étrangère est nécessaire, le malade ne pouvant pas faire lui-même ce retour dans le passé.

(1) E. Minkowski : *Le temps vécu*, p. 276.

Une malade de l'asile de Maison Blanche, employée à faire les commissions dans l'asile, a de fréquents accès d'excitation maniaque au cours desquels nous remarquons un phénomène curieux. Elle s'interrompt brusquement, regarde l'heure et s'exclame en la lisant à haute voix : « Déjà ! Je vais être en retard, je m'en vais », puis continue à rester au même endroit et à déclamer jusqu'au moment ou dans un intervalle plus ou moins long entre deux idées elle refait le même manège. La notion de l'heure et du travail à effectuer est chez elle trop rapidement évoquée pour aboutir à un acte; il y a simplement une constatation étonnée, aussitôt oubliée sous le flot montant des idées nouvelles.

..

Le groupe des *psychoses hallucinatoires chroniques* comprend des malades dont le fond mental et le délire sont quelquefois si dissemblables qu'il est difficile de tirer des conclusions générales des troubles de l'orientation que l'on peut observer. A vrai dire il est surtout question de niveau et ce niveau varie avec le caractère psychologique de l'individu et la nature du délire. Nous reverrons donc ces cas en détail en traitant des formes inférieures de l'orientation et des degrés de contact des délirants avec l'ambiance.

Quelques constatations d'ordre général peuvent cependant être faites :

Comme l'a remarqué Minkowski, ces malades sont comme « ouverts à tous les vents » et emploient parfois cette expression pour décrire leur état d'âme.

L'orientation est presque toujours bien conservée et le temps et l'espace sont normalement perçus. Le malade sait où il est, depuis quand, se rend compte de tout

ce qui se passe dans son entourage. Il ne prend à aucun moment contact avec l'ambiance et le monde extérieur. Les quelques troubles de l'orientation que l'on remarque ne sont pas fondamentaux mais surajoutés. L'idée de la vie passée est normale mais on trouve quelquefois une richesse inaccoutumée de certains détails restent d'un passé lointain, qui servent d'arguments au délire. Ces détails surgissent dans la mémoire après quelquefois plusieurs années d'intervalle et deviennent alors les éléments de ces explications rétrospectives, considérées comme étant d'un mauvais pronostics pour la psychose. « Nous nous représentons notre temps à force d'oubli » ⁽¹⁾ et la persistance ou la réapparition de certains détails retenus jusque là dans l'inconscience est le résultat des réflexions continuelles du malade. Il cherche le « pourquoi », le « quand », et le « comment », de là l'importance accrue de ces détails infimes qui alimentent le délire et dont on se demande souvent s'il faut les attribuer primitivement à une hallucination ou à une interprétation.

L'individu atteint de P. H. C. donne des valeurs différentes aux objets qui l'entourent selon la valeur de son délire. On le voit bien dans la conduite des malades attribuant leurs hallucinations à des phénomènes électriques. La vue d'un appareil inusité ou identifié comme étant l'objet persécuteur transforme immédiatement tout leur comportement. Les rapports normaux des objets leurs échappe, et leur utilité n'est même pas envisagée : tout est fait contre le malade et contre lui seul. Telle cette malade de l'asile de Moisselles qui écoutait chaque dimanche avec plaisir le phonographe, mais qui à deux reprises brise la caisse de l'appareil qui ces jours-là « lui lançait des rayons ».

(1) Souriau : *Le Temps*, p. 55.

L'espace est conçu normalement, tout au moins en ce qui n'a pas trait au délire. Mais là où l'idée délirante règne, la perte de la notion d'espace peut survenir. L'idée d'impossibilité disparaît. La bande des persécuteurs est renseignée sur tout, même à des distances énormes, les rayons percent tout, franchissent facilement n'importe quel espace. La malade voit des complices de ses persécuteurs dans les endroits les plus lointains au cours des déplacements les plus imprévus. Ils peuvent tout et savent tout; ils ne sont pas « eux », soumis aux lois de l'espace et du temps.

Cet état d'esprit avait été mentionné sous une autre forme par Klippel ⁽¹⁾ qui avait remarqué « l'absence de l'étonnement » dans certaines maladies mentales. Il soutenait qu'une malade qui cesse de s'étonner, qui n'a plus la notion de l'impossible, s'affaiblit intellectuellement.

.*

La débilité mentale montre une perturbation profonde de l'orientation dans l'espace et le temps. Le reste de l'orientation est plus particulièrement la superstructure idéatoire, est réduit au minimum. Le délire n'attache généralement aux choses qu'une valeur pratique. Nous pensons avec D. Lagache que l'« on peut juger d'une personnalité par le temps que l'activité intellectuelle du sujet domine ordinairement; c'est-à-dire d'après la durée pour laquelle les actes d'adaptation sont valables : chez le débile l'expérience montrerait que la plus longue durée représentable est de 20 jours. Cette limitation du « temps vécu » manifeste le retard du développement de la personnalité dans des cas où des

(1) Klippel : *Société de Psychiatrie*, 15 janvier 1920.

(2) D. Lagache : *Les insuffisances cérébrales*, in encyclopédie française, t. VIII.

tests de niveau sont insuffisants, retard qui serait également décelé par les tests d'arrangement d'images de Decroly, qui, eux, font intervenir la notion d'espace ».

Le débile se comporte, en ce qui concerne l'idée de temps, comme un enfant. Il n'imagine pas autre chose que le présent et les projets qu'il peut faire sont soit de réalisation immédiate, soit placés dans un avenir dont il ne peut pas et ne désire pas estimer l'éloignement. Il y a dans tout homme un rapport direct entre le développement de la personnalité et la durée virtuelle du moi.

De Greeff a étudié minutieusement la personnalité du débile ⁽¹⁾. Il a démontré par des expériences nombreuses que le débile ne se sent pas inférieur à son milieu; bien au contraire, plus il est arriéré, plus son infériorité lui échappe et il se croit supérieur à tous. De par sa débilité même il est incapable de se rendre compte de la valeur des autres et toute hiérarchie intellectuelle lui échappe.

Ramenant tout à lui il est incapable de penser aux difficultés de réalisations de ses désirs. Le temps est réduit comme l'est sa personnalité et l'espace n'est pas estimé en dehors de ce qu'il perçoit. De Greeff publie l'observation d'un débile qui voulant revoir son pays natal, le Luxembourg, quitte la colonie de Cheel de grand matin, espérant atteindre son but dans la journée. Il prend la première route qu'il trouve et rattrapé le même jour à la frontière hollandaise, c'est-à-dire dans une direction toute différente. Il n'y a dans cet acte aucun jugement critique : le débile n'a même pas imaginé que la route pouvait le conduire ailleurs que là où il désirait se rendre; il n'a pas pensé non plus à la distance qui le séparait du Luxembourg.

(1) E. De Greeff : *Essai sur la personnalité du débile mental*. Journal de psychologie, mai 1927.

Le débile est incapable de juger autrement que d'après sa propre mesure la limite du temps et de l'espace sont pour lui les limites de ses représentations intellectuelles.

Obs. III. — Mlle P... Henriette, âgée de 57 ans, internée depuis 25 ans à Moisselles, avec le diagnostic de débilité mentale, est employée à de menus travaux en salle de garde. Cette malade présente une désorientation importante dans le temps; quant à l'espace, elle ne le conçoit pas en dehors du théâtre de son activité habituelle, qui est limité par les murs de l'asile et la place du village, où chaque année les malades viennent assister à la fête foraine.

Les souvenirs de sa vie, dans la période antérieure à l'internement sont pauvres et imprécis. Elle nous raconte qu'elle a autrefois connu un homme auquel elle s'est donnée pour une pomme. Elle a eu de lui un enfant qui est mort en bas âge. Ce sont là à peu près les seuls souvenirs avec une parfaite indifférence. Il est impossible de lui faire donner les moindres détails : les noms, les dates, sont absolument ignorés. Elle ignore où elle est née, s'il lui reste encore de la famille. Elle se rappelle seulement que dans son village il y avait des vendanges et pense que ce détail est suffisant pour nous faire situer le lieu.

Nous l'interrogeons alors sur la période écoulée depuis son entrée à l'asile. Elle se révèle alors incapable de dire depuis combien de temps elle est là « il y a deux ou trois ans » dit-elle. Nous lui rappelons les noms de quelques internes partis depuis plusieurs années. Elle répond à cette énumération par quelques phrases aprobatives, toujours les mêmes « Oh ! oui, c'est vrai ça ! » et finit par dire qu'« ils devaient être là l'année dernière ». Elle se souvient cependant des internes précédents mais elle est incapable de nous dire combien de temps ils sont restés ni quand ils sont partis. Elle estime que notre arrivée en salle de garde remonte à deux mois alors qu'elle nous sert depuis huit mois.

Le temps présent est conçu à peu près normalement. Elle ignore les dates mais connaît les jours de la semaine. Fait curieux cette malade qui connaît son âge ne donne pas l'impression de se voir vieillir. Grâce à sa faculté d'oubli le temps ne se déroule pas pour elle. Elle est toujours à la même distance de son

commencement. Elle exprime d'ailleurs constamment son désir de se marier « je vais me marier bientôt » dit-elle et comme on lui demande la date de cet événement « je ne sais pas... dans quelques jours ». Ce désir, exprimé depuis des années, ne donne jamais lieu à un sentiment d'impatience : elle n'a pas l'impression du temps écoulé et ne saurait s'impatiser. Cette ignorance curieuse du temps écoulé se retrouve dans l'idée que la malade se fait d'elle-même : elle se croit une jeune fille et se montre un jour très vexée parce qu'une autre malade l'a appelée amicalement « ma vieille Henriette ».

La fête annuelle du village, qu'elle attend sans pouvoir en situer exactement la date, n'est située à rien par rapport au temps. Nous avons constaté ici la réalité de ce que soutenait de Greeff sur la notion de l'avenir chez le débile. Notre malade apprendait l'approche de la fête par son entourage mais ne la situait bien dans le temps que quelques jours avant.

Il lui est également impossible d'estimer des durées de quelques minutes et surtout de se rendre compte à peu près du temps nécessaire pour accomplir un acte déterminé. Nous l'envoyons un jour chercher un objet au garage, ce qui nécessitait plusieurs minutes d'absence. Elle sort, reste quelques secondes immobile devant la porte, et revient en disant qu'elle a bien cherché mais rien trouvé. Il faut voir dans cette ruse naïve non seulement l'absence d'un raisonnement suffisant (nécessité de rester absent pendant le temps indispensable pour ne pas être soupçonné) mais aussi, à notre avis, un raccourcissement du temps vécu.

L'idée de l'espace est également assez vague mais d'une façon moins perceptible. La malade, nous l'avons dit, ne connaît que l'asile et la place du village. Elle ignore tout le reste et ne cherche pas à se renseigner. Il y a ici à vrai dire, moins une désorientation qu'une limitation de l'orientation. La malade n'a en effet besoin de s'orienter que dans le domaine de son activité; le reste ne pourrait consister qu'en notions didactiques pures, incompatibles avec l'état de débilité.

Le seul revêtement idéique, bien faible d'ailleurs de cette orientation est du à l'affectivité. Notre malade veut plaire, car elle veut se marier, d'où essais de coquetterie. Elle est d'autre part très gourmande et son orientation est suffisante pour lui permettre de se procurer des friandises.

Nous n'avons pas retrouvé chez cette malade le caractère curieux que l'on trouve chez certains imbéciles. Souvent en effet le malade, désorienté dans le temps et dans l'espace indique un âge qui correspond à son âge mental; il en est toujours resté à l'époque où il a été dépassé par le monde extérieur, et ses notions du temps et du monde extérieur en sont restées là.

Nous pensons avoir montré par ces quelques exemples la plupart des troubles de l'orientation observés dans la débilité mentale ou dans l'imbécillité, c'est-à-dire la confiance en soi et en la réussite de tous ses actes, l'impossibilité de voir un obstacle à la réalisation de ses désirs, et enfin des troubles très caractéristiques de l'orientation : la pauvreté ou l'absence de la superstructure idéatoire remplacée par des phénomènes affectifs élémentaires. Les notions du temps et de l'espace sont profondément troublées; le temps surtout est considérablement raccourci et son rythme ralenti. Ce rythme peut être celui des dates, des jours, exceptionnellement des mois, et peut être comparé à celui d'une pendule qui, au lieu de battre la seconde, battrait l'heure.

..

Les démences séniles font partie d'un groupe que notre maître, le docteur Vie a appelé « états d'insuffisance cérébrale » ⁽¹⁾ correspondent à des troubles importants de l'orientation.

« Les manifestations essentielles de ces états, dit le docteur Vie, se ramènent en définitive, à la réduction de l'activité spontanée, à l'épuisement rapide de l'effort et des réactions, au monde d'adaptation, et à l'abaissement du niveau intellectuel, qui, lui aussi doit être envisagé d'un point de vue dynamique ».

(1) J. Vie : *La notion d'insuffisance cérébrale*. Ann. Méd. Psych., février 1932.

Nous ne prétendons cependant pas faire coïncider le cadre de l'insuffisance cérébrale et celui des démences séniles. Il existe évidemment d'autres états d'insuffisance cérébrale parmi lesquels la débilité mentale et les cas de suppression accidentelle des facultés intellectuelles.

Les troubles de l'orientation dans la démence sénile ont des aspects bien différents.

Ils sont caractérisés avant tout sur un affaiblissement général portant à la fois sur les notions pratiques et didactiques généralement accompagné d'un émoussement plus ou moins important du noyau sensoriel fondamental.

Pour Courbon ⁽¹⁾ il existe un *affaiblissement non démentiel* des facultés psychiques caractérisé par une restriction générale de l'affectivité, de l'activité intellectuelle et de la mémoire, aboutissant à un détachement complet de tout, un oubli instantané du passé, l'indifférence de l'avenir. C'est en somme, le tableau de cette sérénité si admirée par les auteurs antiques. Courbon reproduit à ce sujet une intéressante observation d'une vieille demoiselle de 80 ans, affligée d'une perte complète de la mémoire avec conservation entière du jugement.

Dans la démence sénile vraie le pouvoir de discrimination est considérablement réduit au point que la différenciation entre le présent et le passé ne se fait plus. Le jugement est profondément atteint et le malade ne peut suppléer par des constatations pratiques à cette absence de discrimination. L'observation de Courbon nous montre bien que la disparition de la mémoire et de l'affectivité n'aboutit pas à l'état de démence si le jugement persiste et c'est là une condition indispensable et si cette faculté sombre à son tour la désorientation est totale.

(1) P. Courbon : *Sur la psychologie de la vieillesse*. Journal de Psychologie, 1927.

La notion de temps est profondément troublée par la disparition de la mémoire; les repères sitôt perçus sont engloutis dans un passé sans histoire. La notion d'espace est également perturbée. Le malade n'ayant aucun souvenir de ses déplacements antérieurs, dit se trouver chez lui, à son atelier, etc... L'inaffectivité profonde enlève tout intérêt à une orientation immédiate vis-à-vis de l'ambiance. Le malade ne remarque pas ce qui se passe autour de lui parce que cela ne l'intéresse pas.

L'orientation est généralement élémentaire, et nous verrons bientôt l'importance que prennent certains actes et certains objets dans la vie du malade, uniquement parce que ces actes et ces objets ont toujours été intégrés à sa vie : tels sont le lit, dernier vestige de ce qui a été autrefois la propriété, l'habitation, le chez soi, et aussi l'acte de se nourrir.

Un psychologue a déjà fait remarquer que les souvenirs disparaissent soit d'une façon lacunaire soit d'une façon progressive mais générale. On retrouve en effet ces deux modes de disparition chez les déments séniles, mais on constate également que certains souvenirs et plus particulièrement ceux rattachés à l'enfance ainsi qu'au mode d'activité pratique de la vie antérieure subsistent plus longtemps.

Les notions didactiques sont parfois bien conservées, et nous reproduisons à ce sujet l'observation d'une malade du service de M. Beaudouin à Maison Blanche.

Obs. IV. — Mlle M... Odette, professeur de piano, âgée de 72 ans, entre dans le service avec le certificat suivant : « Démence sénile, fabulation, désorientation dans l'espace et dans le temps, gâtisme ».

A l'interrogatoire la malade nous paraît en effet très désorientée, elle sait son âge mais ignore la date, le mois, l'année. Elle ne sait pas où elle est et ne peut pas nous expliquer ce qu'il lui

est arrivé. Nous pensons alors à l'interroger sur son passé et plus particulièrement sur son métier, à notre surprise sa mémoire se révèle excellente. Elle nous parle de ses concours (elle est en effet du conservatoire de Paris, cite des noms d'artistes connus, de directeurs de théâtre, nous parle des grands opéras, connaît les livrets, leurs dates respectives, etc...

Chez d'autres malades moins riches en notions didactiques, les restes de l'orientation se retrouvent sous des formes diverses :

Une démente sénile ne peut nous dire le nom de la rue où elle habite mais nous indique qu'elle porte « le nom d'une bataille de Napoléon » ; une autre à qui nous posons la même question nous répond que « c'est la rue où il y a le boucher » ce qui est une indication topographique en rapport probable avec une habitude, un mode d'activité vis-à-vis de cette boutique.

Il a été remarqué maintes fois que le dément sénile déficient dans tous les éléments de sa personnalité s'accroche cependant inconsciemment à tout ce qu'il peut retenir. Le langage de ces malades est riche en vestiges ayant trait au temps et Minkowski a mis ce caractère en évidence par plusieurs observations.

On relève constamment dans les paroles des expressions à caractère temporel. Le malade emploie très fréquemment les mots « *avant, après, hier, demain, etc.* ». Les expressions spatiales sont tout aussi fréquentes. Le malade ne peut pas se situer dans l'espace, mais lorsqu'on lui demande où il est, il répond souvent « je suis là », je suis ici » et « avant j'étais là-bas ». Ces expressions traduisent une ébauche d'orientation qui lui suffit.

Le phénomène si fréquent de la fabulation est également considéré comme un essai d'orientation temporo-spatiale. Le malade essaie de remplir le temps et l'espace et accepte immédiatement au cours d'une conversation

les suggestions qu'on peut lui faire sur l'emploi de son temps passé.

Et nous terminons ici en citant les paroles de Wal-lon : « ce sont ces éléments qui régissent les manifestations résiduelles des déments séniles ». Ces manifestations résiduelles nous les retrouverons avec les mêmes caractères en étudiant les troubles de l'activité et de la tendance d'appropriation chez les malades.

..

L'étude des troubles de l'orientation dans la démence précoce nécessiterait une ampleur que nous ne pouvons lui donner ici. Elle présente de plus des difficultés considérables de par la nature de la psychose, difficultés auxquelles se sont heurtés Franz Fischer ⁽¹⁾ et Minkowski qui ont bien étudié ces états et plus particulièrement la schizophrénie.

Nous laisserons de côté la démence hébéphreno-catatonique dont les caractères psychologiques sont niés ou mal connus et dont l'étude ne peut être entreprise ici. Nous nous bornerons à faire un rapide exposé des troubles de l'orientation chez une seule catégorie de malades : les schizophrènes.

Notre tâche n'en est guère facilitée pour cela. Comme l'écrit Minkowski ⁽²⁾ : « chez les schizophrènes les expériences personnelles relatives au temps et à l'espace vécu se produisent sur un fond mental profondément perturbé par la maladie, liées aussi aux troubles de l'idéation et à la désagrégation que subit le psychisme, à la suite de la perte de contact vital avec la réalité. Ces expé-

(1) Franz Fischer : *Zeitstruktur und Schizophrenie* et : *Weitere Mitteilung über das schizophrene Zeiterleben*.

(2) E. Minkowski : *Le temps vécu*, p. 266.

riences en restent tributaires dans leur expression même, fugitives inconsistantes, dissociées; tant dans leur contenu que dans leur forme, elles ne se laissent recueillir que difficilement sous un aspect suffisamment précis pour être encore accessibles à notre entendement ».

Le polymorphisme de ces états est une source nouvelle de difficultés. Kretschmer, étudiant les schizoïdes en compare certains à « des villas romaines dont les volets ont été fermés au soleil brulant; mais à l'intérieur, dans le demi-jour, ce ne sont que fêtes et banquets, tandis que d'autres ne sont qu'une façade silencieuse » qui ne cache que « ruines et poussières ».

Devant de semblables constatations, on en arrive à considérer les symptômes classiques de la D. P. dans un sens très large. C'est ainsi que pour Minkowski l'autisme est un détachement de la réalité et il conçoit un *autisme riche* et un *autisme pauvre*.

Quoiqu'il en soit, il nous semble que Minkowski ait résumé d'une façon très brève les résultats des travaux sur les troubles de l'orientation des schizophrènes : il y a là « une dislocation très profonde du phénomène du temps avec une prévalence du passé ».

Nous avons comparé le débile à un pendule qui au lieu de battre la seconde battait l'heure. Chez le schizophrène le pendule est arrêté. Ce qui étonne le plus c'est son « *rythme stagnant* ». Cet état a été exprimé par plusieurs auteurs. Mlle Pascal ⁽¹⁾ écrit : « le devenir n'a plus d'élan, le présent est métabolisé sans énergie affective et le passé s'évoque dans le silence morne d'un désintéret absolu » et Dromard ⁽²⁾ : « Le dément précoce est

(1) Pascal : *La démence précoce*, Alcan.

(2) Dromard : *Les stéréotypies chez les D. P.* Revue de Psychiatrie, 1905.

un riche dont les capitaux sont immobilisés. Plus tard il devient un pauvre affectif ». Pour Bergson, le malade n'arrive pas à vivre ce qu'il y a de nouveau à chaque moment de l'histoire ».

Chez tous ces auteurs on trouve une idée commune : le dément précoce est un immobile et un inaffectif, à l'inverse de ce que peuvent être les individus normaux. C'est nous qui passons, ce n'est pas le temps, le dément précoce est immobile au milieu du flot mouvant de la vie. Rejoint et dépassé par ce flot, tout lui est sans cesse étranger.

Le D. P. vit dans l'espace et le plus souvent dans un monde spécial et immobile qui n'appartient qu'à lui. Il sait, parfois, être dans un asile, mais ce mot n'éveille pas en lui toutes les représentations qu'il contient. Le monde extérieur se ramène à des schémas rigides, à un jeu de coordonnées, dont le sujet ne se soucie pas. Quelquefois ils se récréent un monde imaginaire, tel Gabriel A..., qui se croit au bague, en Nouvelle Calédonie, dans une forteresse inconnue, qui toute la journée balaye les rues, les bords du canal, pour qu'il n'arrive pas d'accident, « c'est le règlement qui est comme ça, le règlement supérieur » et il ajoute, marquant bien la séparation qui l'isole du reste du monde : « Je ne connais pas le civil ».

Ces malades sont incapables de concevoir le mouvement, qu'ils cherchent à la manière des Eleates, à décomposer en une série de points fixes. E. Minkowski analyse avec finesse cette *spatialisation* dans son remarquable ouvrage sur le temps vécu. Le D. P., en voyage, estime « que le train va trop vite, parce qu'il n'arrive pas à enregistrer toutes les gares, tous les objets devant lesquels il passe, comme si vraiment, pour reconstituer un mouvement, il était nécessaire de souder mentalement les uns aux autres l'infinité de points en lesquels la pensée

discursive croit pouvoir le décomposer ». Ils ont tendance, suivant la remarque de Dide et Guiraud, à remplacer les conjonctions de nature chronologique comme « quand » par des termes de nature topographique comme « où ».

Certains malades expriment ce *besoin d'immobilité et d'équilibre* qui les amène à rechercher dans tous les phénomènes de la vie des formules mathématiques ou géométriques. Le D. P. de Minkowski y réduisait même les sensations sexuelles; il se demandait si la forme parfaite pour le corps humain ne serait pas la forme sphérique. « La pierre est immobile, dit-il, la terre par contre se déplace : elle ne m'inspire aucune confiance... Le passé c'est le précipice. L'avenir c'est la montagne, c'est ainsi que l'idée m'est venue de laisser un jour-tampon entre le passé et l'avenir. Pendant cette journée, je cherche à ne rien faire du tout. Je suis resté ainsi, une fois 24 heures sans uriner. Faire revenir mes impressions d'y il y a 15 ans, faire refluer le temps, mourir avec les mêmes impressions avec lesquelles on est né, faire les mouvements en cercle pour ne pas s'éloigner de sa base, pour ne pas se déraciner, voilà ce que je voudrais ».

Dans son syndrome psychologique frontal, Dide fait une place, pour le D. P. à forme verbale; à l'illimitation des concepts, avec l'appréciation de la durée par des chiffres astronomiques, infiniment grands ou petits, et l'intuition d'inexistence ou d'infinité spatiale. Au delà de l'espace la pensée du D. P. s'anéantit.

La clinique journalière permet de constater l'importance de la désorientation dans le temps. Il est rare que les D. P. connaissent l'année, le mois, le jour, et plus encore les saisons. Souvent ils citent une année antérieure proche du début de la maladie, de même qu'ils indi-

quent l'âge auquel ils sont tombés malades. Ils n'ont plus de repères, ils ne peuvent dire ce qu'ils faisaient un mois auparavant. Bouchard conclut ses recherches sur l'évaluation du temps en notant qu'il est très raccourci chez les D. P.; sauf chez les catatoniques, qui l'allongent anormalement. Dans les états de torpeur et de stupeur avec sensation de *mort psychique*, les minutes paraissent des siècles. « Un jour pour moi, disait Geneviève C... est une semaine ». Mais ailleurs l'évaluation du temps est très déficiente. « Le temps, nous dit Suzanne H..., malade très dissociée, grâce à vos bons soins, je ne l'ai jamais compté. Vous savez, le temps passe, mon temps a passé comme ça; on me questionne, si je fais ça c'est bien, si je fais ça c'est mal, alors... ».

A... Gabriel, à la colonie d'Ainay, est interné depuis le 30 juin 1898; on lui demande en mars 1934 depuis combien de temps il est dans les asiles. « Ça va faire 18 mois, un an que je suis là » et il se donne l'âge de 25 ans alors qu'il dépasse 58 ans.

E. Minkowski rapporte les recherches de Franz Fischer qui font ressortir la dislocation très profonde de la notion du temps avec *prévalence du passé*. Le malade sent l'impossibilité de « se mettre en rapport avec la pendule ». « Je me sens, dit-il, comme replacé en arrière ! c'était comme si à 11 heures et demie il était de nouveau 11 heures et cela en ce que non seulement le temps devenait à nouveau le même et revenait en arrière, mais encore tout ce qui pendant ce temps s'était passé pour moi en faisait autant ». « Tout est immobile en moi », dit le second. Et d'autres : « Je suis comme une machine qui marche, mais ne bouge pas de place ». « Je m'apparaissais à moi même comme un être intemporel, parfaitement clair et limpide en ce qui concerne les relations de l'âme, comme pouvant voir son propre fond. Comme

une formule mathématique ». Mis en présence de la pendule, ces malades intelligents prenaient conscience d'avoir *conservé la notion du temps*, mais d'avoir *perdu le sentiment de la durée*.

C'est ainsi que le D. P. se trouve souvent décalé dans le temps lorsqu'il veut agir :

L'hébéphrénique aux riches phénomènes de barrage, cité par Baruk, ne desserre pas les dents lors de la visite de son ami et le regarde à peine, mais dès le lendemain, lui écrit, le priant de ne pas lui « tenir rigueur de son attitude réservée ».

Ces états affectifs, rudimentaires et transitoires ne sont pas la règle et la suggestibilité, sur laquelle a insisté Repond, est une conséquence directe du vide affectif.

Or, une affectivité permanente et élémentaire est une nécessité de notre orientation. Elle englobe tous les goûts, les désirs, les espoirs, les sympathies et chaque fois qu'elle disparaît, l'individu se trouve dans une ambiance étrangère à laquelle rien ne le rattache. « Tout m'est démesurément égal » disait un malade de L. Binswangle. C'est une atteinte profonde d'un élément de la superstructure idéatoire de l'orientation.

Nous terminerons cette partie d'étude par une observation qui nous paraît typique :

Obs. V. — C... Marie-Madeleine, âgée de 37 ans, entre le 27 décembre 1937 à l'asile de Moisselles avec le certificat suivant : Etat schizophrénique, mimique discordante. Indifférence. inaffectivité. Impression d'étrangeté du monde extérieur.

A l'interrogatoire la malade semble tout à fait désorientée par rapport au monde extérieur. Elle ignore la date, le jour, n'a aucune idée du lieu où elle peut être.

Elle nous fait part d'elle-même de « l'impression étrange qui l'envahit » ; « je ne pense plus à rien, je suis presque folle, en réalité, tout passe et rien ne reste. Je ne peux m'arrêter à rien et

j'ai besoin de penser aux fêtes que je vois passer... Plus je vais, plus mes pensées sont vagues et courtes. Chaque pensée dure une seconde. Je ne m'intéresse à rien de présent, je vis dans mon passé ». Nous lui demandons si ce retour en arrière lui est agréable. « Même pas. Il n'y a pas beaucoup de traces de mon passé. J'ai la tête toute embrouillée, je ne sais plus rien... Tout devient vide dans ma tête. Quelquefois cela revient mais cela disparaît si vite ».

Elle justifie son inaffectivité vis-à-vis de sa famille par le même sentiment d'étrangeté :

« On m'a amenée ici par ce tout-à-coup ce ne sont plus mes parents et ce n'est pas ma sœur. Ma sœur était plus naturelle avant... Pour mes parents cela dépend des moments, c'est moi qui les fait ou les empêche d'être mes parents, mais c'est moi qui doit être folle... J'aimais beaucoup mon fils avant, mais maintenant je ne ressens pas ce que je ressentais auparavant, il était ce que j'avais de plus précieux, maintenant je ne sais pas si c'est mon fils ».

« Je voudrais retrouver ce que j'avais avant. Est-ce qu'il n'y a pas quelque chose à faire ? Je n'aime pas vivre, je n'aime pas mourir, je ne sais pas ce que je dois faire, c'est extraordinaire ».

Diminution de l'intérêt vis-à-vis des événements :

« Tout ce que je lis je le trouve exagéré; on y donne beaucoup d'importance. Les journaux d'autrefois étaient très différents mais est-ce moi ou les journaux ? »

On peut retrouver dans cette observation, à des degrés plus ou moins avancés, tous les troubles de l'affectivité et des notions de temps et d'espace.

Nous avons montré au cours de ce rapide aperçu sur les quelques psychoses importantes, les troubles généraux de l'orientation qui les caractérisent. Nous n'avons pas voulu entrer dans le détail et étudier toutes les psychopathies, mais seulement montrer la fréquence et l'intérêt de ces désorientations dans quelques grands cadres psychiatriques.

*LES FORMES INFÉRIEURES
DE L'ORIENTATION
DANS LES MALADIES MENTALES*

Elles comprennent des malades chez qui les composantes générales de l'orientation ont subi un déficit important et global. Il n'est plus question de rechercher ici une superstructure idéatoire sinon très réduite : l'affectivité peut cependant jouer encore, le malade pouvant encore se faire une représentation de ce qui lui est agréable. Les bases psychologiques ordinaires de l'orientation sont également très déficientes. Ces malades sont alors réduits à des jugements très élémentaires aboutissant à des actes inadéquats par rapport au temps et à l'espace. Enfin, la partie fondamentale elle-même, la base physique et sensorielle de l'orientation, peut être le siège de troubles importants.

Chez ces malades, tout est écroulé, bouleversé et ils ne restent en contact avec l'ambiance que d'une façon très élémentaire.

Leurs repères par rapport au temps et à l'espace sont situés dans une sphère extrêmement réduite tout comme leur activité et leur aménagement de l'ambiance. Le malade ne s'oriente plus que par rapport à des actes élémentaires indispensables à sa vie. Ce sont soit la recherche de la nourriture et du gîte qui à ce moment se rapproche de l'instinct du nid, soit les menus événements de cette vie réduite. Le malade est orienté par rapport à l'heure de la soupe, « à la maison des nourriciers », le

dimanche et les fêtes, les visites, le « jours des mouchoirs », « la place à table » et enfin, refuge suprême et dernière propriété, « le lit dans la salle ».

Ces formes inférieures de l'orientation sont de trois sortes, à savoir :

- a) les désorientations confusionnelles;
- b) les « non-orientations » par insuffisance : idiots, imbéciles, déments;
- c) les désorientations par incohérence.

Nous n'insisterons pas sur les désorientations confusionnelles qui ne sont le plus souvent que des états transitoires aboutissant finalement suivant l'étiologie de la confusion à des possibilités d'orientation très variées, s'étendant d'un degré très inférieur et rudimentaire jusqu'à la récupération totale.

Obs. VI. — Démence post-confusionnelle d'origine éthylique : pseudo-paralysie générale. Etat absolument stationnaire depuis trente ans. Orientation minimale et proximale; gros troubles de la mémoire; aucun délire; passivité; vie réduite.

François Laf..., né en 1871, ancien garçon de café, interné à l'asile Sainte-Anne, le 24 novembre 1908, est envoyé à la colonie d'Ainay en 1909.

Des notes prises au cours d'un interrogatoire le 26 janvier 1909, une dizaine de jours après son arrivée, nous permettent d'évaluer son degré d'aliénation : « Nous sommes en 1898 », il est ici depuis ce matin. « J'ai 26 ans », il est ici depuis un an. Euphorie. « Je suis de la classe 91 », il aurait été soldat au 151^e de ligne, 1^{re} compagnie. Il a eu tort de quitter la capitale, ses père et mère : « J'aurais dû rester dans leur domaine, j'ai eu tort de venir ici... J'ai une bronchite qui ne guérira jamais... ». Se souvient s'être marié. La même année, dans un interrogatoire, quelques notes nous montrent la persistance du même état mental : il ne sait pas depuis combien de temps il était à Vaucluse, il ignore l'année et répond parfois par des phrases stéréotypées : « Je suis de la classe 91 ».

Placé chez un nourricier, il se montre calme, docile, très poli, se trouve bien. En avril 1910, il dit vouloir s'en aller en Auvergne travailler chez son père. Le 1^{er} mai 1910, en rentrant d'une fête locale il s'égare et rentre le 2. En février 1911, il fait une fugue, ramené onze jours après et interrogé : il a été, dit-il arrêté par les gendarmes à Montluçon, c'est de la faute de la nourriture s'il est parti; dit être parti hier seulement.

En 1916, le docteur Ameline note : quelques hésitations de la parole; il y a « plus d'un mois » qu'il est ici. Calme, ne travaille pas. Indifférence. « Je suis de la classe 91 ». « J'ai 26 ans ». Pupilles un peu dilatées. Ses enfants ? « Ça regarde le père et la mère. » Sa femme ? « Elle est à Paris ». Il est content, ne se trouve pas malade. En 1918, il s'occupe un peu. Le 24 janvier 1922, fait une fugue. En allant se promener avec un malade, il le quitte, couche dehors et ne rentre que le lendemain à 6 heures du soir.

Pendant les années suivantes, son état mental demeure stationnaire, ainsi qu'en font foi les notes prises par notre Maître le docteur Vié, lors d'un interrogatoire le 28 mars 1934 : tout d'abord le malade refuse : « Je ne veux pas monter » (à l'infirmerie). Il ne sait pas où il est né, ni depuis combien de temps il est ici, ni les noms des médecins. Avoue avoir trop bu : « Je m'étais mis dans les alcools », dit avoir été garçon de café. « Je suis de la classe 91, j'ai passé le conseil de révision au Palais de l'Industrie ». « Je n'ai jamais écrit à ma femme ».

Jour ? — « Peut-être jeudi ».

Mois ? — « Novembre, décembre ».

Saison ? — « L'hiver peut-être ».

Année ? — « Je ne me rappelle plus ».

Chez qui êtes-vous ? — « Chez Mlle Br... » (Nom exact).

Où habite-t-elle ? — « En face chez Co... ».

Dans quelle rue ? — « Ça donne derrière les Docks de Nevers ».

Ignore le nom du village, de l'établissement, le métier de sa nourrice.

Les « non-orientations » par insuffisance nous paraissent plus intéressantes.

B..., un débile profond, de la colonie d'Ainay-le-Château, a une montre, lit bien l'heure, mais n'en tient

pas compte pour rentrer ou il n'arrive pas à faite l'association entre l'heure lue sur sa montre et celle du dîner et du coucher.

N..., un D. P., de la même colonie, ignore tout. Il ne sait pas le nom de ses nourriciers ni celui de son camarade de travail ni celui du village. Il ne possède rien et ne désire rien.

Obs. VII. — S... Jean. Imbécillité. Agé de 33 ans. Envoyé à Ainay le 18 septembre 1920. Niveau mental : 4 ans.

Ce malade, parfois un peu turbulent, est très désorienté dans le temps et dans l'espace. Il ignore la date, le jour, le mois, ne sait pas depuis combien de temps il est à la colonie.

Son orientation est très réduite. Il est cependant encore capable de faire quelques commissions, mais doit les faire une à une.

Il laisse passer le temps sans en avoir aucune notion, mais s'intéresse aux fêtes du village plusieurs jours à l'avance. Ce sont là ses seuls repères dans le temps.

Ces quelques malades de colonies témoignent encore d'une orientation élémentaire suffisante. Nous tombons à un degré bien inférieur avec certains malades d'asile.

Obs. VIII. — Mme F... Marie, Vve R..., âgée de 78 ans, entrée à Moisselles le 27 septembre 1936.

Cette malade présente dès son entrée des troubles amnésiques profonds, un gros affaiblissement intellectuel et une désorientation complète.

Son état ne s'est pas amélioré lorsque nous l'interrogeons en octobre 1937.

C'est une malade calme, joviale, présentant du gâtisme intermittent. Nous lui posons quelques questions :

Jour, date, mois ? — « Je ne sais pas. Que voulez-vous qu'on sache, ici je ne lis pas les journaux ».

Date de naissance ? — « Je n'en sais rien, ils ne me l'ont pas dit. »

Lieu ? — « On ne me l'a jamais dit. »

Occupations ? — « Je ne fais rien, je n'ai rien à faire. »

Famille ? — « Elle est peut-être là-bas. »

Jours de visite ? — « Je ne sais pas, ...de temps en temps. »
(La malade n'est pas visitée).

Heure des repas ? — « Onze heures et cinq heures et demie. »

Menu du déjeuner ? — « Il y avait des pommes de terre avec de la viande bouillie et pour le dessert de la confiture. »

Menu d'hier au soir ? — « On eu de la viande, des lentilles et de la compote de pommes. »

Nous continuons alors à interroger cette malade sur ces détails pratiques et elle se révèle comme connaissant toutes les habitudes du service. Elle connaît les jours de changement du linge, sait quand on pèse les malades, connaît leurs goûts et leurs occupations mais est absolument incapable de s'orienter dans le temps et dans l'espace dès qu'elle a quitté le dortoir.

Obs. IX. — Mme T... Françoise, P. G., âgée de 59 ans, entre à Moisselles au mois de juin 1926. Elle présente un gros affaiblissement intellectuel et une désorientation importante dans le temps et l'espace.

Date, jour, mois ? — « Nous sommes le 8 ...le jeudi ...en 1928 (15 novembre 1937).

Age ? — « 37 ans ...je suis née en 1925 ».

Date d'internement ? — « 1925 ».

Dates de la Grande Guerre ? — « Ça a duré jusqu'en 1926 ».

Famille ? — « Je ne sais pas ».

Raison de sa présence ici ? — « Je n'en sais rien ».

Lieu ? — « Maison-hôpital, je ne sais pas où ».

La malade sait l'heure des repas et se repère dans le temps grâce aux actes qu'elle voit accomplir autour d'elle. Nous lui demandons l'heure. Sans même avoir jeté un coup d'œil à la pendule, elle nous répond : « Il va être onze heures, on vient d'apporter le pot de tisane ».

Nous venons de retrouver chez ces deux derniers malades des moyens d'orientation proximale très élémentaires et tout différents de ceux que nous employons pour mesurer le temps et l'espace.

Certains malades profondément désinsérés de l'ambiance en arrivent parfois à leur dernier stade à ne plus connaître que leur lit. Il est à la limite de leur orientation et souvent leur dernier refuge. Ils refusent fréquemment d'en changer et s'inquiètent même de le voir déplacé.

Nous citerons ici le cas typique de ces vieux malades poursuivis par des hallucinations intenses. Le lit est pour eux le seul lieu où ils ne risquent pas de voir les menaces continuelles qu'ils entendent se réaliser. C'est également l'endroit où ils peuvent le mieux s'isoler du reste du monde.

Une malade du service du docteur Beaudouin, à Maison-Blanche, atteinte de P. H. C. restait des heures entières accroupie dans son lit, recouverte d'un de ses draps. Elle refusait de quitter ce refuge craignant les pièges que pouvaient receler même les environs immédiats et prétendait que dans cette demi obscurité, les sensations désagréables qu'on lui envoyait « par ondes et par rayons » étaient plus rares et moins intenses.

Les désorientations par incohérence s'observent plus particulièrement dans les schizophrénies et les démentences paranoïdes. Elles sont parfois difficiles à déceler le caractère ambivalent des réactions du malade à son entourage, leur lenteur ou au contraire leur brutalité ne permettent pas toujours de juger à quel point il s'oriente.

Nous n'insisterons pas sur la description de ces cas si fréquents où les troubles apparents de la conduite et surtout de l'expression des idées font penser à une désorientation avancée parfois plus apparente que réelle.

Les limites inférieures de désorientation sont d'une importance capitale pour l'envoi en colonie. Si elles sont trop étroites, le malade, où qu'il soit, vivra enfermé dans

un monde rétréci au strict minimum et ne pourra profiter des avantages matériels et thérapeutiques d'une vie en demi liberté. Il importera donc de rechercher à quel point la désorientation est avancée et si cette sphère réduite renferme des éléments autres que ceux nécessaires à une vie, en somme, purement végétative. C'est dire l'intérêt de la recherche des possibilités de contact avec l'ambiance et de l'adhésivité mentale.



LES DEGRÉS DE CONTACT DES DÉLIRANTS AVEC L'AMBIANCE

Les théories de la genèse des délires étudient toutes un problème troublant :

Comment le malade parvient-il à éliminer ou à intégrer dans son délire les réalités matérielles qu'il est obligé de constater ?

Les contradictions continuelles entre la réalité et le délire ne modifient en rien celui-ci. Les oppositions bien connues chez les déments (le P. G., roi et milliardaire, citant les parquets) se présentent sous un aspect un peu différent chez les délirants.

L'explication de cette coexistence de l'irréel et du réel est différente suivant les auteurs :

Pour P. Janet et Bergson, le « sens du réel » est affaibli par suite de la baisse de la tension psychologique, d'où l'impossibilité d'adapter les fonctions psychiques supérieures à la réalité.

Laignel-Lavastine soutient une théorie très voisine et suppose un « abaissement du seuil de la croyance ».

Tour Toulouse et Mignard, le trouble de certaines fonctions organiques retentit sur le psychisme par des sensations anormales; pour de Clérambault, il y a là une intoxication élective de certaines cellules cérébrales et pour Guiraud, des troubles de la chronaxie cérébrale.

On ne peut cependant expliquer la substitution d'une réalité à une autre ou même la coexistence de deux croyances toutes différentes, phénomènes essentiellement psychologiques.

Selon Hesnard, le délirant substitue à la logique pure une logique sentimentale qui ne tient pas compte du réel mais emprunte seulement au monde extérieur les éléments nécessaires à une confirmation et à une justification du délire.

Il nous semble (et cette idée a été développée par Bonhomme et Pichard) qu'il y a plusieurs façons de « fabriquer de l'irréel » ou plus exactement de faire la part entre le réel et l'irréel. On peut considérer d'une façon générale trois degrés de contact avec le délire. Ce sont :

- 1° Les réintégrations complètes au monde réel.
- 2° Les adaptations, où il y a coexistence et même mélange de la vie réelle et du délire.
- 3° Les vies délirantes, où le malade n'a plus qu'un contact minimum avec la réalité et où tout est recouvert par le délire.

Les réintégrations complètes au monde réel représentent le degré de contact les plus curieux à observer.

Nous rapportons ici l'observation d'un vieux délirant de la colonie d'Ainay-le-Château qui avait été d'ailleurs déjà citée dans un article de Vallon et Marie (Congrès de Nancy 1896).

Obs. X. — M. L. Léopold, 76 ans, a été interné en 1896 pour délire hallucinatoire de persécution de teinte mystique.

C'est actuellement un vieillard respectable à la barbe blanche, ne présentant aucun symptôme d'affaiblissement intellectuel.

Interné à la colonie familiale d'Ainay depuis 1903, il a rempli tour à tour les fonctions d'employé d'économet pendant la guerre, et depuis, celles d'employé de bureau.

L'état de son délire peut se diviser en deux périodes. Dans la première, les hallucinations auditives très actives, les persécutions multiples, influent sur son comportement. Le malade est intégré étroitement à son délire. Il est poursuivi par des mauvais esprits. Satan se met en révolte. Il se sert des idées révolutionnaires contre la terre, la France et la ville de Paris, il soutient la lutte contre Satan qui lui parle tout le temps.

On s'insinue en lui par les organes du cerveau. Il voit Satan, des armées de femmes, d'enfants, de vieillards, ses voix lui parlent en français, en allemand (langues connues) et même en latin (langue inconnue) et il les comprend très bien.

Peu à peu, le malade déclare que les voix ne le gênent plus pour travailler et une seconde période commence où il va en quelque sorte se détacher de son délire et n'en devenir que le spectateur.

Avec l'âge, le malade a progressivement abandonné ses diverses occupations et reste toute la journée dans sa chambre, il passe son temps à relater son délire par écrit.

Il observe la lutte des deux camps composés de bons et de mauvais; il les voit, ils traversent la chambre en troupes denses, colorés; et il montre d'où ils viennent. Ils sont aussi matériels que lui-même. Il peut les toucher. Ils forment un monde qui peut traverser le nôtre comme les rayons X traversent la matière. Il y a la vierge, les anges, Dieu, et de l'autre côté Satan et ses séides. La fin du combat est proche mais il ne sait qui gagnera.

Ce malade qui ne présente aucun affaiblissement intellectuel a une culture générale considérable et se passionne pour des problèmes théologiques. Il les discute avec beaucoup de bon sens et d'à propos et sa conversation révèle une intelligence vive. Non seulement il n'existe aucun point commun pour lui entre les bataillons célestes et infernaux qu'il voit dans ses hallucinations et les personnages de ses discussions théologiques mais encore l'idée d'un rapprochement ne lui vient même pas à l'esprit.

Nous empruntons une deuxième observation à notre maître, M. le docteur Vié ⁽¹⁾.

(1) J. Vié : *Quelques modalités terminales des délires chroniques.*

Obs. XI. — P. H. C. avec délire systématisé. Artériosclérose. Conservation de l'intelligence. Retraité du délire : « il est trop tard pour qu'ils continuent ».

Charles Do..., né en 1864 a été déjà interné une première fois en 1901 à l'âge de 37 ans puis définitivement à 43 ans (1907).

26 janvier 1907 : « Délire de persécution, hallucination du goût et de l'ouïe. » (Chaslin).

Le 20 décembre 193, Do... entre à la colonie d'Ainay. Depuis de nombreuses années il se contentait de déclarations verbales et épistolaires, et son principal antagoniste, son beau-frère, était décédé. D... se présente comme un homme de 70 ans qui a conservé toute sa validité physique et toute son activité intellectuelle.

Il relate, dans tous ses détails, le roman persécutif rapporté par Chaslin. Il en fait remonter le début en 1889. Il affirme avec conviction que son beau-frère et sa sœur « avaient supprimé trois personnes à l'aide de poison, pour s'emparer de leur galette ». Ils tentèrent ensuite de l'empoisonner « par voie buccale, par voie épidermique puis par le nez » à l'aide de poudres impalpables d'arsenic, de digitaline, et surtout de belladone, dissimulées dans des journaux roulés. Il décrit naïvement les signes de ces empoisonnements.

On peut d'après son récit se faire une idée de son évolution qui aurait eu lieu en trois périodes. Dans la dernière on relève des troubles viscéraux qui justifient, dans une certaine mesure, les idées délirantes d'empoisonnement. A Ainay, on ne constate aucun délire en activité mais le malade est absolument convaincu en ce qui concerne la réalité des événements passés. Il dit « je me tiens sur mes gardes mais il est trop tard pour qu'ils continuent ». En janvier 1934 il semble considérer toute cette histoire comme terminée puisqu'il écrit au Procureur de la République une lettre où il lui raconte tout et lui souhaite en terminant « une grande réussite en cette ténébreuse affaire ».

Son comportement à Ainay est normal. Il se promène, fait des courses, des ménages; il est continuellement occupé.

Il apprend qu'à la suite de la mort de son beau-frère et de sa sœur il hérite d'immeubles ayant appartenu « aux victimes de l'assassinat ». Il ne veut pas en reconnaître la légitime propriété. Les locataires lui ayant écrit il traverse une courte période d'inquiétude, sans aucune revivescence hallucinatoire.

Chez ce dernier malade, la réintégration dans la vie réelle se fait avec croyance dans le passé mais comportement entièrement normal en tout ce qui concerne le présent. Il retranche dans ses descriptions tout l'élément hallucinatoire et *normalise* naïvement tout ce qui lui est arrivé. C'est le type des « retraits du délire » (Dide et Guiraud).

Une deuxième catégorie de malades comprend ceux chez qui coexistent le délire et la notion du réel.

Obs. XII. — P. H. C. Délire de persécution avec hallucinations et interprétations, idées de grandeur, usurpation d'état-civil.

Gr... Henriette, âgée de 63 ans, entre à Moisselles le 1^{er} avril 1932. Dès son entrée à l'asile elle se constitue un monde où le réel et l'irréel se combinent étroitement.

La malade est très bien orientée dans le temps et dans l'espace. Elle nous dit : « je sais que je suis dans un asile, tout près de Paris, avec des femmes folles. On m'y a mise par usurpation de titres. »

Elle a reconnu ici de nombreuses personnes historiques ou célèbres. « La plupart restent ici car ils entendent des voix, ils sont fous bien qu'ayant des moments de lucidité ».

C'est ainsi qu'elle a reconnu : l'Impératrice Zita, une princesse de Russie placée par le Tsar, Louise, Reine de Saxe; « Mme J... est la sœur de l'Empereur Guillaume qui l'a mise là parce qu'elle entend des voix ». La plupart des malades ont ainsi un nom, un titre, une fonction et Mme Gr... ne les confond jamais.

La malade se croit elle-même « née d'Aligne » et possède « 400 établissements et des milliards ».

Nous retrouvons chez elle ce que M. Revault d'Alonnes appelait « l'incuriosité des hallucinés ». Si, en effet, nous lui demandons les raisons expliquant un pareil rassemblement de têtes couronnées, elle invoque « le secret d'état que l'on ne doit pas chercher à percer ». Peut-être faut-il voir dans cette incuriosité « plutôt un sentiment inconscient d'impossibilité. La malade est bien

orientée dans le temps et dans l'espace, son intelligence est indemne, son esprit critique est conservé, aussi peut-on penser qu'il existe chez elle l'idée plus ou moins consciente d'impossibilité de faire correspondre le délire et le réel.

Dans ces cas il existe un certain antagonisme entre l'esprit critique et le jugement et « *l'explication délirante qui est, en résumé, un raisonnement d'origine idéo-affective, qui joue son rôle dans la plupart des psychoses, tant que la démence n'a pas détruit, chez l'individu, la tendance à rechercher les causes, les liens ou les conséquences des phénomènes morbides éprouvés* » (1).

Enfin dans certaines vies délirantes réduites dans le monde réel, les malades sont séparés à jamais du monde extérieur. Ils gardent vis-à-vis de lui des comportements fondamentaux à peu près corrects, mais ils *s'y insèrent sans s'y fondre* (J. Vié). Malgré ce qu'ils empruntent au réel, leur vie est une vie délirante.

Obs. XIII. — P. H. C. sur fond de dégénérescence. Séquelles hallucinatoires mineures. Thème mégalomane ancien « j'attends la reconnaissance de mes grandeurs, ce sont des histoires du temps passé ». Labeur normal et vie militaire délirante. Sénescence normale.

M... est né en 1852 et a été interné à 36 ans. Le malade expose tout son thème délirant de vie : « Je suis à l'asile depuis longtemps, j'ai cru que j'avais été retenu pour la mobilisation pendant 15 ans j'attends une deuxième circonscription, j'y ai droit en cas de mobilisation. Je serai alors obligé d'abandonner mon passé et d'entrer dans une phase nouvelle ». Le 15 mars 1907, il va au chef-lieu de canton se faire inscrire en vue du conseil de révision; il se dit de la nouvelle classe. En 1909 il attend encore le tirage au sort. C'est alors qu'il songe à en améliorer les méthodes en confectionnant de petits boulets en bois, taillés au couteau, formés de deux pièces emboîtées : il en fit ainsi 2814 !

(1) J. Capgras, H. Beaudouin et R. Bridu : *L'explication délirante*. Ann. Med. Psycholog., 1934.

Travaille avec les gens du pays à divers travaux. Récolte la gourme des pêcheurs pour un pharmacien local mais chaparde en même temps des fruits.

Sa chambre est un véritable bric-à-brac et lui seul peut y mettre de l'ordre.

Ce malade n'a que des notions incertaines sur son identité et ses paroles sont parfois très incohérentes. « Mon père a trois enfants : le premier est hergott, le deuxième est adhoc, le troisième est inconnu : je n'étais pas présent, on a changé l'enfant ». Il fait des économies (plusieurs billets de mille francs).

Nous nous trouvons en présence d'un malade qui partage librement sa vie entre l'appât du gain et un délire intense. A première vue il semble comparable à la malade de l'observation XII, mais chez celle-ci, la désorientation pratique due au délire est moins intense. Si elle fait de fausse reconnaissance, son comportement n'en reste pas moins normal. Chez notre malade d'Ainay, qui représente un niveau beaucoup plus avancé dans le délire, le comportement est profondément troublé. Le malade a des idées délirantes et celles-ci dirigent tous ses actes (démarches à la gendarmerie, travaux, larcins, etc..) et persistent malgré l'âge. On voit cependant que la vie en colonie a conservé chez lui des notions certes quelquefois déviées sous l'influence des idées délirantes, mais l'usage lui permet de ne pas sombrer dans un affaiblissement plus avancé et même dans la démence.



III

L'ACTIVITÉ

Im Anfang war die Tat.

GOETHE.

GÉNÉRALITÉS

Bohn a dit : « J'ai été conduit à considérer les instincts comme des complexes d'activité » et « on voit se constituer progressivement et de diverses façons, les activités complexes au dépens d'activité simples » ⁽¹⁾.

Nous avons déjà parlé au début de ce travail du besoin d'activité musculaire et du besoin d'activité psychique.

Ce sont là, à notre avis, des besoins fondamentaux, que l'on envisage l'activité comme un rythme ou, au contraire, comme un mouvement indépendant.

L'intérêt de ce besoin fondamental de l'action n'a pas échappé à G. Dumas qui écrit : « Quand aux besoins d'activité musculaire ou mentale, tout incontestables qu'ils soient dans leur réalité psychologique, ils nous sont si peu connus dans leurs conditions physiologiques, que nous ne voyons aucun avantage à en aborder l'étude avec celle des besoins organiques nettement caractérisés comme tels » ⁽²⁾.

(1) Bohn : *Les Tropismes*, 1909.

(2) G. Dumas : *Nouveau traité de psychologie*.

On s'explique mal cette lacune quand on pense que l'activité est appelée par Thorlakson ⁽¹⁾ « un instinct moteur global ».

La simple considération du contact avec l'ambiance n'épuise donc pas le sujet; c'est un point de vue statique qui ne prend son intérêt qu'en voyant comment l'individu normal et le malade se comportent vis-à-vis de cette ambiance et indépendamment d'elle. Les malades ne sont pas de contemplatifs purs, ils dépensent le plus souvent leur activité. On voit ici les liens très étroits qui unissent l'activité, ou même un de ses éléments, le mouvement, avec l'orientation, qui est en somme une activité, physique ou mentale, par rapport à certains caractères du temps, de l'espace, etc...

Nous traiterons brièvement dans ce chapitre le cas des malades inertes, les grands insuffisants. En ce qui concerne les autres, la vie en colonie familiale (en demi liberté) est bien plus instructive à observer qu'en asile, où s'exercent des impossibilités et des contraintes limitant l'activité individuelle. Notre étude portera donc surtout sur les malades de colonies après quelques aperçus sur l'activité des malades d'asile.

(1) Thorlakson : *Le fondement physiologique des instincts*. Presse Universitaire, 1926.

A) L'ACTIVITÉ,
FACTEUR PSYCHOLOGIQUE FONDAMENTAL
CHEZ L'ANIMAL, LE PRIMITIF ET L'ENFANT

Dans un ouvrage très intéressant où il étudie les phénomènes sociaux dans les sociétés animales, Etienne Rabaud ⁽¹⁾ soutient que chez beaucoup d'insectes l'activité ne serait pas dirigée mais serait un phénomène élémentaire de ramassage sans but. Parlant des « provisions » faites par certaines fourmis, il pense que leur choix n'est pas guidé par l'utilisation éventuelle de l'objet emporté. « Ni la nature de l'objet, ni la saison ni ajoutent rien; elles transportent et entassent n'importe quoi quand à l'utilisation mais qui les attirent par une qualité ou par une autre ».

De ces faits, la conclusion se dégage : ce ne sont pas des réserves de graines que les fourmis accumulent; ce sont des substances quelconques, qui attirent par leur odeur ou par tout autre moyen, qu'elles aient ou non une valeur alimentaire. Cette opinion, déjà soutenu par Buffon, semblerait mettre en évidence une manifestation élémentaire de l'activité, sans rapport avec l'instinct de nutrition.

Nous ne pouvons évidemment pas prendre parti pour ou contre la « théorie du ramassage sans but » qui est par ailleurs, très discutée. Nous ferons seulement

(1) Etienne Rabaud : *Phénomène social, sociétés animales*. Alcan, 1937.

remarquer que ce « ramassage » inutile existe chez beaucoup d'animaux qui volent et cachent ou enterrent des objets puis s'en désintéressent définitivement.

Nous n'insisterons pas sur ces exemples qui touchent au problème de la propriété. Nous verrons ultérieurement que ce « ramassage sans but » se retrouve dans certains états démentiels où il constitue le dernier vestige de l'appropriation normale.

L'activité particulière des primitifs est en rapport avec leur mentalité. Le primitif est presque toujours un imprévoyant et son activité n'est dirigée que vers un but immédiat.

Beaucoup de peuplades primitives, incapables de faire des provisions suffisantes pour l'hiver, doivent être secourues dans les saisons difficiles sans que ce fait leur serve d'expérience pour l'année suivante. L'agitation de l'homme civilisé est pour ces individus un insondable mystère. Leur besoin d'activité se retrouve sous une autre forme, à l'occasion de fêtes et de réjouissances, événements au cours desquels toutes les manifestations principales de l'activité sont non seulement rappelées mais encore exagérées (danses de guerre, danses religieuses).

Il nous semble que le seul être chez qui l'activité puisse être complètement étudiée sous toutes ses formes, est l'enfant.

Le besoin de remuer se manifeste dès la naissance. Ce n'est alors qu'un instinct neuro-musculaire.

Très rapidement l'enfant apprend à connaître le mouvement et à l'aimer; il est content quand on le secoue. Le mouvement rythmé qu'est le balancement du berceau est souvent le seul moyen de le calmer. Mais il n'en est encore qu'à un stade où la satisfaction de cet instinct moteur n'est pour lui que passive.

Très vite, il en vient à imaginer le jeu qui, comme le fait remarquer Hachet-Souplet, « n'est qu'une dépense de force musculaire inemployée et superflue ».

En même temps apparaît le langage « un des modes de l'activité ». Ce langage n'est pas toujours un mode d'expression de la pensée : on observe en effet vers l'âge de 4 ans un stade caractérisé par une verbigération intense et incohérente par laquelle l'enfant accompagne ses actes et semble extérioriser d'une façon complémentaire le besoin d'action qui le domine.

Le jeu est donc le moyen d'exprimer et de satisfaire par le geste une tendance naturelle à chacun de nous et de développer dans toute leur étendue nos facultés motrices. Ce surplus d'activité à dépenser se retrouve chez le petit de l'animal comme chez celui de l'homme.

L'activité de l'enfant d'abord sous l'influence d'un instinct moteur est ensuite guidée par l'intérêt que présente pour lui les objets qui l'entourent. Il se déplace dans un monde nouveau pour lui et plein d'intérêt : il palpe, porte à sa bouche, déchire, jette. Dans cette période appelée « période du centre d'intérêt moteur », on retrouve déjà la plupart des gestes, élémentaires et non classés, de la vie de l'adulte. C'est là une préparation inconsciente aux actes de la vie à venir.

Le jeu n'est pas chez l'enfant une manifestation d'un état d'esprit. L'enfant ne joue pas parce qu'il est gai : c'est un besoin de détente physique en même temps qu'un « besoin intellectuel d'action et de réalisation ». Nous rappellerons ici la phrase de Montaigne : « il fault noter que les jeux des enfants ne sont pas des jeux, et les fault juger en eulx comme leurs plus sérieuses actions ».

(1) Robert Jeudon : *Les activités de l'âge scolaire*. In Encyclopédie Française, tom. VIII.

Le besoin de jouer, s'affaiblissant avec l'âge, est remplacé par le besoin de distraction; et cela pour deux raisons :

Chez l'adulte, en effet, le besoin d'activité appliquée absorbe une grande partie de l'activité du sujet. La quantité de puissance superflue ne peut plus se traduire par une activité de jeu motrice incohérente. On assiste alors à l'apparition d'habitudes d'activité chez ceux dont l'élément musculaire prédomine (sport) et d'habitudes de distractions pour les autres.

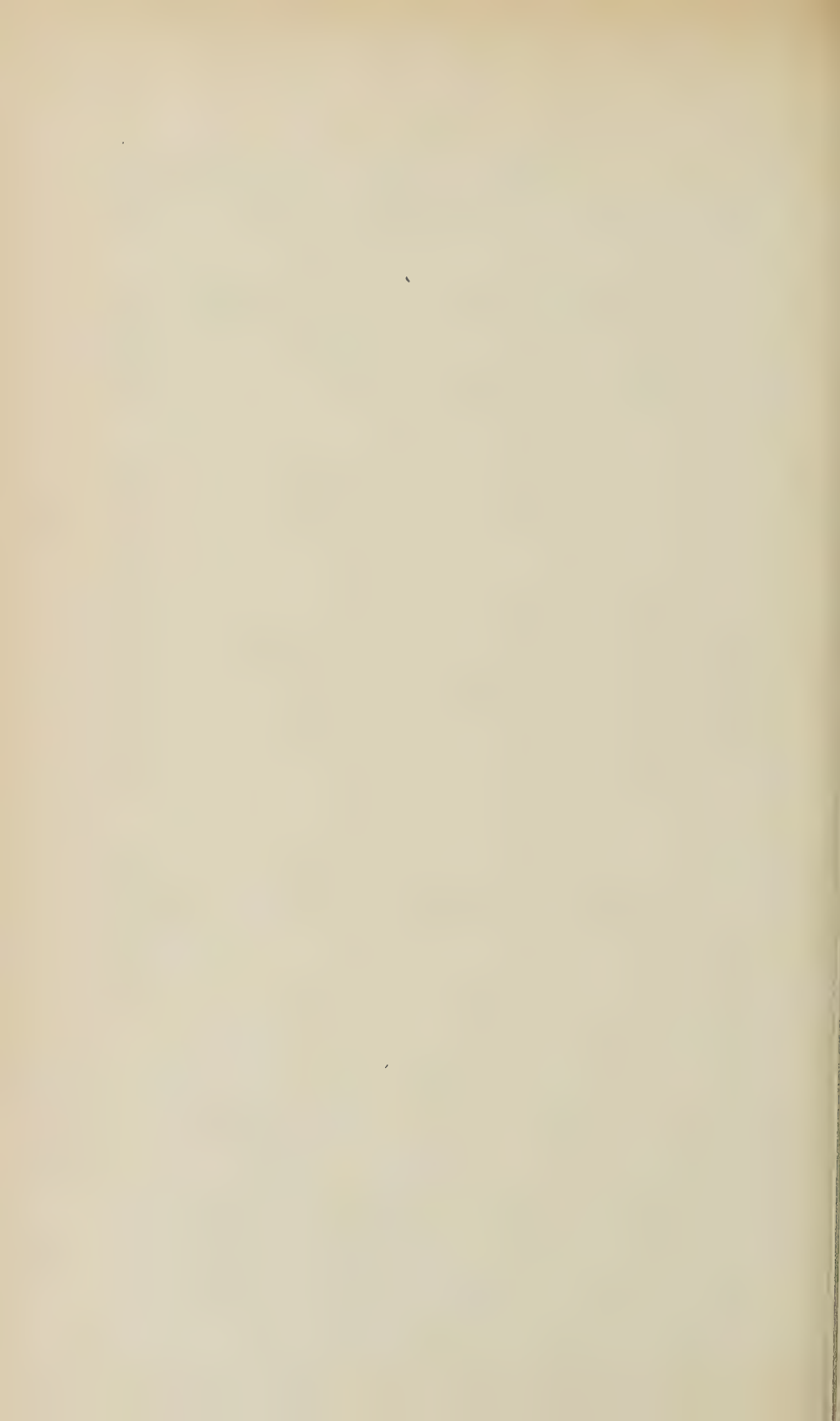
Il est d'ailleurs curieux de remarquer que le besoin d'activité est avant tout un besoin rythmique, se manifestant dans certaines circonstances. Il semble qu'il y ait un balancement indispensable entre l'action intellectuelle et l'action musculaire. Nous avons vu que l'orientation de l'enfant était réduite, raccourcie. On retrouve la même modification dans le rythme de son activité. Son activité psychique ne peut guère s'exercer longtemps sans que son activité musculaire soit à son tour sollicitée. C'est là une des causes qui le soustraient aux actions du monde extérieur et favorisent ces distractions. Chez lui, l'activité, comme l'orientation, est « fragmentaire, variée, épisodique ».

L'adulte est également dominé par le rythme. Ses actes intellectuels ou physiques sont caractérisés par des alternances à peu près régulières produisant une répartition approximative des facteurs physique et intellectuel.

En conclusion, et après avoir passé rapidement les principales manifestations de l'activité élémentaire chez les êtres normaux, nous pouvons dire que cette tendance élémentaire se manifeste sous trois formes : le travail, l'occupation, les jeux. Nous allons maintenant recher-

cher les modifications de l'activité dans les affections mentales et voir quand et comment ces différentes composantes sont atteintes.

N'étudiant que le comportement du malade, c'est-à-dire la façon dont il agit et dont on pu le voir agir, nous ne traiterons que très rapidement les « activités intellectuelles » que débordent le cadre de cette étude.



B) LES TROUBLES DE L'ACTIVITÉ CHEZ LES MALADES INTERNÉS

Nous n'étudierons ici que les malades d'un état mental trop inférieur pour être envoyés en colonie.

Cette limitation de notre étude nous est dictée par deux raisons. Il nous semble tout d'abord que les malades d'asile sont les seuls qui ne soient pas trop déformés par l'internement et que leur comportement très réduit, ne soit pas modifié par le cadre étroit dans lequel ils vivent. De plus, et nous insistons à nouveau sur cette raison, les malades de colonie dont l'activité est toute différente, méritent d'être étudiés à part d'une façon plus approfondie.

1° *Les malades inertes*

Nous voulons désigner par ces termes des malades dont l'activité très élémentaire, généralement unique, se cantonne à une sphère très réduite (lit, dortoir). Ce groupe est formé en majeure partie d'idiots, de D. P. à leur stade et de malades présentant un état démentiel assez avancé.

Les *idiots* ont une activité très élémentaire variant évidemment avec la profondeur de leur arriération. Les mouvements anormaux sont fréquents chez eux. Mme Bonnafous-Sérieux et M. H. Hey ont étudiés et filmés les idiots de l'hôpital psychiatrique de Bonneval. Ils ont

(1) Mme Bonnafous-Sérieux et H. Hey : *Kinésie de jeu chez les idiots*.

montré le manège de certains sujets, et mis en relief le caractère de ces actes qui paraissent s'intégrés à une certaine activité ludique.

Le sujet regarde ses membres, athétosiques et scande par des cris inarticulés le rythme de ses mouvements. Il fait varier ce rythme, exagéré ou ralentit son balancement en même temps qu'il sourit béatement. Il semble qu'il y ait là une tentative de jeu faite par l'individu avec ses propres mouvements anormaux.

M. Roubinowitch dans le *Traité de psychiatrie* de G. Ballet fait remarquer que certains idiots, incapables de prononcer un seul mot aiment cependant être ensemble et s'associent dans quelques jeux.

On constate même chez quelques uns de ces malades des tentatives d'utilisation dans un but de jeu, des objets qui les entourent.

Des manifestations élémentaires d'activité se produisent aussi lorsque certains besoins entrent en jeu. Tel est le besoin de nourriture; il peut produire chez ces sujets des réactions de joie ou d'impatience extériorisées par la mimique et les cris.

L'instinct de conservation est également à la base de quelques gestes de défense et parfois même d'attaque.

Chez les déments précoces et plus particulièrement les hébéphréno-catatoniques, l'activité est à peu près entièrement arrêtée et se manifeste là aussi sous la forme de stéréotypies, interrompues parfois par des gestes impulsifs.

La démence catatonique représente un état uniforme dans lequel le malade, vidé de son contenu idéatoire, est réduit à un automatisme moteur sans signifi-

cation et sans but. Il reste dans une inertie presque complète avec stéréotypies d'attitudes que coupent parfois des impulsions brutales.

Les stéréotypies de ces malades et leurs impulsions sont donc les seules manifestations d'activité que l'on retrouve chez eux.

Une D. P., de l'hôpital psychiatrique de Moisselles passait ses journées à fabriquer en cachette des paquets de cailloux roulés dans des papiers et des chiffons. Elle ficelait ensuite solidement le tout et allait chaque soir mettre une de ces balles dans les cabinets.

Un autre attendait chaque matin la visite à l'entrée de la salle et la suivait lit par lit jusqu'à la porte de sortie.

Certains de ces malades, observés dans les cours d'asile montrent une agitation intense et répétée. Tel malade parcourt toute la journée le préau, d'un bout à l'autre, à cloche pied et les bras croisés. Tel autre a choisi il y a bien longtemps un arbre au milieu de la pelouse et toute la journée tourne autour de cet arbre, les yeux fixés sur le sentier de terre battue qu'il a fini par creuser dans le sol.

Sérieux a distingué, d'après le comportement général des malades deux grandes formes : *la démence apathique* et *la démence agitée* dont il a donné des descriptions saisissantes.

Les démences séniles offrent un tableau d'activités plus variées. Ces malades sont parfois capables d'avoir une occupation.

Obs. XIV. — Mme P. F... Marie, une démente sénile, de Moisselles dont l'orientation ne dépasse pas les limites de la salle, ne manifeste aucun désir et ne se livre à aucune activité. Elle a cependant depuis plusieurs années un jeu de dames qu'elle range

avec un soin jaloux au-dessus de son lit. Après chaque repas, elle place les pions et se met à jouer avec sa voisine dont l'état mental est comparable au sien. Les parties sont laborieuses, les oublis et les erreurs très fréquents; l'attention des deux malades reste cependant concentrée sans fatigue apparente. Elles n'échangent pas un regard ni un mot et, la partie terminée, se séparent également en silence. Il arrive que Mme P. F... soit sur le point de perdre, mais elle parvient, lorsqu'elle s'en aperçoit à temps, à rétablir sa chance en trichant d'une façon naïve.

D'autres malades fabriquent des objets, des poupées, des parures avec les objets les plus divers. Une vieille maniaque s'était confectionnée des colliers à plusieurs rangs, une couronne, des bagues avec des pépins d'orange enfilés.

Une remarque s'impose après l'examen de ces quelques cas d'activité chez des malades inertes. Le caractère du déficit intellectuel importe peu et l'activité est directement en rapport avec la profondeur de l'activité. Elle a un caractère bien particulier, restant dans la majeure partie de ces cas unique et élémentaire et n'étant pas susceptible d'être modifiée dans un autre sens.

2° *Les malades valides*

Le cas est tout différent pour les malades valides et il est aussi plus complexe, car on se heurte souvent à des croyances délirantes.

L'activité du malade valide, qui ne retrouve l'isolement du lit que le soir, est beaucoup plus indépendante de sa volonté. Mêlé à la vie du service, il aide malgré lui à sa marche et même lorsqu'il parvient à se mettre à l'écart, cette conduite implique une « activité d'isolement ».

La conservation de cette tendance fondamentale sous toutes ses formes est actuellement reconnue : le ma-

lade doit avoir à la fois un travail, une occupation, une distraction (jeu, spectacle, lecture).

Nous ne pouvons résumer ici les nombreux travaux entrepris sur l'activité thérapeutique du travail pour les aliénés. Depuis Pinel qui fait enlever les fers des malheureux enfermés dans les cellules et constata que la marche et les mouvements à l'air libre en faisait des malades inoffensifs, jusqu'aux partisans des techniques modernes de travail (école d'apprentissage, de perfectionnement, de rééducation) et de création des colonies familiales, l'évolution s'est faite rapidement.

Nous rapportons ici une observation du docteur Briere de Boismont, empruntée à un ouvrage déjà ancien, du docteur V. Parant ⁽¹⁾. Il s'agit d'un malade de 56 ans, M. C..., d'une grande instruction et d'un jugement remarquable qui, à la suite de vifs chagrins, sombre dans un état d'excitation maniaque. Il est interné et pendant près de deux ans, maintenu dans un état d'isolement complet. Sa manie, d'abord intermittente, se régularise; il s'emporte et frappe à la moindre observation. « Il est en proie aux conceptions les plus délirantes, le sommeil est presque nul, les discours sont entrecoupés de propos orduriers, obscènes, mais dès qu'il entend sonner l'heure du repas, il se tait aussitôt, devient d'une exquise politesse ». Devant cette constatation, on lui propose de donner quelques leçons d'anglais, langue qu'il connaît parfaitement. « Pas un mot déplacé ne sort de sa bouche... Peu à peu il arrive à s'occuper toute la journée, et à partir de ce moment, le tumulte et les cris permanents cessent complètement. La nuit est alors le temps qu'il choisit pour se dédommager du silence de la journée; à peine prend-il quelques instants de repos.

(1) V. Parant : *La raison dans la folie*. Doin, 1888, page 38.

Une soirée dansante est organisée. M. C... demande à en faire partie. Le divertissement se prolonge jusqu'au jour; le malade n'a pas un seul instant la pensée de crier; il s'amuse, se montre pour tous homme de fort bonne compagnie, et retourne fort tranquille chez lui. La nuit suivante, il recommence son tapage ». Et l'auteur de l'observation constate : « les idées fausses constatées à l'entrée sont toujours les mêmes; seulement elles sont suspendues pendant les occupations ».

C'est là un premier stade : l'arrêt des manifestations délirantes pendant le travail. Dans beaucoup de cas (et nous ne pouvons rapporter ici les nombreuses observations d'un phénomène si fréquemment observé) le délire régresse, s'estompe, devient secondaire, ou bien se normalise.

L'activité du malade, dirigée vers un autre but n'a plus beaucoup l'occasion de se manifester en tant que réaction au délire.

Il est bien certain qu'il ne faut pas voir dans le travail un moyen absolument sûr de faire régresser le délire. Bien souvent, en effet, la violence de celui-ci rend inutile même une tentative d'occupation. Mais le principal obstacle est que, trop fréquemment, le délire est précisément un délire d'activité. Le malade agit d'une certaine façon ou au contraire refuse d'agir, guidé par son idée délirante. Nous devons donc envisager nécessairement les différents modes d'activité que l'on peut constater.

a) *L'oisiveté volontaire* :

Elle caractérise des états de natures très différentes.

Beaucoup de pervers refusent de s'occuper à quoi que ce soit autant par désir d'opposition à ce qui leur est demandé que par paresse.

Certains persécutés qui attendent avec une impatience morbide les moindres modifications apportées à leur vie pour les interpréter aussitôt, voient dans le travail une manœuvre et un piège. Ils se méfient de chaque changement apporté à une existence ou tout n'est déjà que trop compliqué pour eux. Il n'est pas rare d'entendre répondre par des malades à qui on propose par exemple d'aller travailler à la couture : « je ne travaillerai pas ici », sans autre explication.

D'autres, et ceux-ci se trouvent surtout dans le cadre des pananoïaques, ne voient pas la nécessité de travailler dans un milieu qui pour eux, n'est pas le leur. Ils s'élèvent contre le fait accompli qu'est leur internement et, pensent que sortir de leur réserve pour accomplir un travail équivaldrait à une acceptation tacite du fait accompli.

Le cas des débiles butés est tout autre; ils ne veulent pas travailler parce qu'ils n'en ont pas eu l'idée et que, pour eux, leur intention personnelle est la seule qui mérite d'être réalisée.

Nous signalerons enfin parmi ces oisifs volontaires les malades d'origine étrangère, et plus particulièrement ceux qui ignorent le français. La raison de leur refus est difficile à interpréter; peut-être faut-il mettre en cause chez ces sujets une idée de méfiance instinctive vis-à-vis de tout ce qu'ils ne comprennent que partiellement et, par conséquent, interprètent mal.

b) *L'activité délirante :*

Elle groupe des genres d'activités très différentes, soit que le délire soit dominant, prévalent, et dirige une forme d'activité bien déterminée, soit qu'il n'agisse que comme facteur d'inhibition ou de trouble et l'on se trouve alors en présence d'activité sans but ou ayant un but changeant et variable.

La prédominance du délire fait des actes du malade des actes purement délirants. C'est ainsi que l'halluciné passe son temps à chercher des moyens de défense et construit même des appareils protecteurs. Une malade de Moisselles, Mme F..., atteinte de P. H. C., poétesse au maintien très digne, s'assied sur une épaisse pile de journaux « isolants » et se couvre la tête par le même procédé. Elle refuse d'aller travailler, « par dignité et par prudence ». Elle ne tient même pas à sortir de l'asile par la porte habituelle : « Je veux sortir, mais je ne sortirai qu'avec les deux battants de la grande porte ouverte. Je ne veux pas sortir en mineure ». Nous choisissons cet exemple pour montrer les raisons qu'à cette malade : elle craint que le travail soit une occasion pour ses persécuteurs de se manifester et pense d'autre part déchoir de son rang d'intellectuelle en travaillant.

Les travaux délirants témoignent parfois de beaucoup d'ingéniosité et de sens artistique de la part de leurs auteurs. Dans beaucoup de services de femmes on trouve des broderies curieuses dont l'exécution est un chef-d'œuvre de patience.

Une vieille hallucinée du service du docteur Beaudouin à Maison-Blanche, passe son temps à broder sur des morceaux de toiles les thèmes de son délire. Elle figure ainsi un système planétaire compliqué dans lequel les comètes, indépendantes de l'ouvrage, lui sont rattachées par des fils de soie représentant la queue de la comète.

Une malade du service du docteur Martimor brode sur des mouchoirs mais, pour une raison inconnue, elle refuse de se servir d'une aiguille et pousse et tire son fil avec les doigts.

Une persécutée de Moisselles ramasse tous les morceaux de fil et de ficelle qu'elle peut trouver, dessine des animaux fantastiques sur un papier et confectionne ainsi une tapisserie dont l'effet artistique est vraiment saisissant.

Un malade de Montredon est surpris un jour en train d'ouvrir une porte au moyen d'une clef fabriquée avec un morceau de fer blanc et de bois dur sculpté, chef d'œuvre digne de Latude.

D'autres sont trouvés porteurs d'armes improvisées et redoutables; tels que des fragments de cercles de tonneaux, aplatis, taillés, et aiguisés comme des rasoirs.

Tous les modes d'activité se retrouvent lorsque l'idée délirante domine et ces modes d'activité, qui manifestent la plus grande ingéniosité, sont innombrables.

Nous ne limitons pas le domaine de l'activité à la seule fabrication d'objets. Elle est, nous ne l'oublions pas, quelque chose de plus élémentaire et comprend également les manifestations de l'individu. Nous avons seulement voulu insister sur le côté intéressant de la question : les résultats de l'activité morbide.

Lorsque le délire agit sur l'activité comme facteur d'inhibition et de trouble, il se produit des phénomènes complexes, souvent perçus d'une façon pénible pour le sujet qui se rend compte des oppositions entre son activité normale et son activité morbide. Cet état se retrouve assez souvent dans les psychasténies à évolution cyclique et nous donnons ici quelques extraits d'une observation de J. Vinchon ⁽¹⁾ sur un malade dont le cas nous paraît caractéristique.

(1) J. Vinchon : *Deux documents sur l'évolution cyclique de la psychiatrie*. Progrès Médical, 24 avril 1937.

Ce malade souffre de doutes et d'obsessions pénibles qui deviennent encore angoissantes pendant les accès dépressifs. Il écrit à son médecin une première lettre, au cours d'un accès dépressif :

« Volontairement dans ces périodes, je fuis tout le monde. Je ne veux plus me lever. Je me lave le moins possible. Exprès, je fais le contraire de ce que je devrais faire... Quand je dois faire quelque chose, je le recule avec mille hésitations et mille horreurs... Que dois-je faire de tous ces soucis, de toutes ces questions où je me plonge sans fin ? »

Comment faire pour agir ?

Cette lettre dont nous donnons des extraits est suivie, quinze jours après, par une deuxième lettre dans laquelle le malade fait des projets brillants et manifeste un état d'excitation et d'euphorie. On voit par ces quelques extraits l'opposition qui se manifeste entre l'activité psychique du sujet (activité intense puisqu'elle aboutit à une analyse très poussée des sentiments éprouvés) et son inactivité physique. Le malade se demande avec angoisse comment il doit faire pour que ces deux formes d'activité restent toujours liées et que l'action suive toujours la pensée comme son « double ».

c) *L'activité appliquée non délirante :*

Elle comprend le travail spontané et le travail imposé.

Le travail spontané est la manifestation normale de la tendance neuro-musculaire et psychique; il peut être en rapport plus ou moins direct avec la maladie. Pathologique par son origine, il est normal dans ses manifestations. On observe chez quelques malades une suractivité intellectuelle ou physique coïncidant avec des états délirants passagers.

Pinel ⁽¹⁾ cite un malade de Bicêtre qui « pendant son accès discourait sur les évènements et la Révolution avec toute la force, la pureté et la dignité du langage qu'on aurait pu attendre de l'homme le plus instruit et du jugement le plus sain. Dans tout autre temps, et dans ses longs intervalles de calme, c'était un homme ordinaire ».

Leuret dit à propos des maniaques : « Tel malade qui m'avait frappé par ses discours et ses saillies, n'était plus après sa guérison, qu'un homme très ordinaire; et bien au dessous de l'opinion que j'avais de lui » ⁽²⁾.

Marcé remarque : « Chez certains sujets qui tombent dans la démence, on observe, non plus de l'affaiblissement intellectuel; mais au contraire une exaltation cérébrale qui, sans atteindre les limites de l'état pathologique, les rend audacieux, entreprenants, crée chez eux de nouvelles aptitudes, et communique à leur tournure d'esprit un aspect jusqu'alors inaccoutumé ».

Certains malades se livrent à une activité de forcénée cirant le même coin de plancher pendant des heures entières, soit parce que ce travail est pour eux un mode de dépense de leur activité supplémentaire, soit pour échapper à l'influence de leur délire.

Le travail spontané peut également être libéré de toute influence délirante. Le malade est actif alors uniquement pour satisfaire une tendance naturelle.

Brierre de Boismont nous décrit un orchestre de musiciens de l'asile des Quatre-Mares (Seine-Inférieure) : « Les musiciens, dit-il, étaient au nombre de trente environ, convalescents, chroniques, épileptiques, déments, imbéciles. Chacun avait sa partie sur son instrument, et

(1) Pinel : *Traité médico-philosophique de la folie*, p. 110.

(2) Leuret : *Fragments psychologiques sur la folie*.

leur attention à la regarder était vraiment remarquable. Tous ces malades avaient appris à lire la musique; l'un d'eux n'avait commencé ses études que depuis deux mois ».

L'activité appliquée est généralement le résultat d'une discipline. On propose au malade un travail qui sera à la fois pour lui un moyen d'attacher son esprit à des problèmes autres que ceux de son délire et en même temps une détente physique.

Il est à remarquer que les meilleurs des travailleurs ainsi recrutés ne sont pas les périodiques, mais au contraire les chroniques, qui parviennent à atteindre une sorte d'équilibre dont les deux facteurs antagonistes sont constitués par le délire et par l'activité.

Le travail manuel, comportant différents degrés de difficulté, est d'une application beaucoup plus facile que le travail intellectuel dans lequel le malade peut être guidé par l'idée délirante. L'activité manuelle tend en effet à atteindre un but par certains gestes et certaines attitudes; le sujet doit se plier à ces nécessités et, si finalement il y a création, cette création résulte d'un schéma préétabli qui ne dépend pas du malade et que le délire ne peut guère modifier dans sa forme générale. Les travaux intellectuels, les divertissements, les jeux, dans lesquels la personnalité a beaucoup plus l'occasion de se manifester doivent constituer une ressource supplémentaire, quelquefois accessoire mais souvent indispensable pour conserver le nouvel équilibre du malade.

L'activité des malades est donc utilisable dans des actes différents selon la nature de la psychose :

Le maniaque devra avoir des occupations sédatives mais autant que possible stéréotypées et automatiques, tout au moins pendant la période d'excitation.

Chez les déprimés, l'activité dirigée devra autant que possible viser aux jeux et aux divertissements.

Les schizophrènes devront avoir une activité collective nécessitant une certaine vigilance dans l'effort.

On tiendra compte de la fatigabilité du neurasthénique en lui procurant un mode d'activité dirigée beaucoup plus vers l'occupation que vers le travail.

Nous ne voulons pas envisager ici les autres modes d'activité dirigée correspondant à chaque psychose. Ce ne sont d'ailleurs là que des indications très générales dont l'application est conditionnée par le niveau mental de base et par l'orientation du malade vis-à-vis de l'ambiance.



C) *L'ACTIVITÉ DES MALADES DANS LES COLONIES FAMILIALES*

Les malades des colonies familiales s'occupent à peu près tous et les oisifs vrais sont pour ainsi dire inexistants.

On pourra nous objecter que c'est là un fait tout naturel puisque ces sujets sont choisis dans les asiles parmi de nombreux autres et doivent satisfaire à certaines conditions. Cette objection perd de sa valeur lorsqu'on se trouve en présence de certains malades de colonies dont les possibilités ou la volonté d'activité ne sont, bien souvent, à leur arrivée, pas supérieures à celles des malades restés à l'asile. Le choix des malades de colonies est guidé par des considérations qui n'ont que peu de points communs avec les possibilités éventuelles de travail. On ne les oblige pas à travailler; ce sont eux, et eux seuls, qui cherchent un mode d'activité ou demandent qu'on leur en procure un.

Les façons dont le malade peut agir sont multiples et nous ne pouvons pas envisager ici une activité déterminée pour telle ou telle psychose. Le comportement général est le seul guide et le malade fait ce qu'il est capable de faire. Les essais ne sont évidemment pas toujours couronnés de succès et les changements de placement peuvent être fréquents jusqu'au moment où le sujet a enfin trouvé le cadre qui lui convient, c'est-à-dire l'endroit où ses possibilités d'orientation, d'activité, et d'appropriation par rapport à l'ambiance, se trouvent le mieux adaptées.

Dans une étude sur les travaux et les occupations des malades de la colonie d'Ainay-le-Château, le Docteur Vié et P. Queron distinguent trois catégories de malades :

1° Les malades qui travaillent et obtiennent ainsi des avantages matériels ou pécuniaires.

2° Ceux qui ne font rien ou se livrent non pas à des travaux mais à des occupations.

3° Ceux qui ont des occupations autonomes ou libérales.

Les bons travailleurs qui composent la première catégorie se divisent en deux groupes : les convalescents et les chroniques.

Les premiers ne sont à la colonie qu'à titre temporaire et préparent par leur travail une sortie en liberté qui serait encore trop prématurée.

Les autres sont des sujets présentant des séquelles d'atteintes assez sérieuses. Ils ne peuvent vivre qu'en Colonie car, la vie en liberté provoquerait inmanquablement une rechute.

Nous prenons quelques exemples de ces travailleurs dans l'étude du Docteur Vié :

« Au Moulin de Papotte, travaillent deux débilés qui portent et cousent les sacs depuis plusieurs années : l'un, débile léger mais quelque peu pervers et cardiopathe, l'autre sourd-muet et enclin aux excès de boisson. Un ancien colonial G. de C., cache avec soin les restes d'un épisode hallucinatoire; il est devenu l'homme de confiance de sa nourricière, veuve, dont il soigne

(1) J. Vié et P. Queron : *Travaux et occupation des pensionnaires de la colonie familiale d'Ainay-le-Château*. Aliéniste français, février 1935.

tous les jours les vaches avant d'aller lui-même faire régulièrement un travail d'ouvrier agricole. Un autre, ancien délirant de 55 ans, Martial G..., refoule les séquelles d'une psychose ancienne et s'est fait une vie toute spéciale au hameau des Bruyères-d'Isle. Il ne porte pas les habits de la Colonie, mais il a adopté la tenue et l'allure de nos paysans, pour qui il travaille sur un pied d'égalité et dont il a conquis l'estime ».

D'autres malades se livrent à des travaux irréguliers, divers et assez dispersés. Ce sont le plus souvent des débiles qui aident aux travaux de ménage, font les commissions, etc...

Louis F..., l'homme de confiance de l'un des Médecins, remplit avec soin et lenteur les tâches les plus diverses. Il quitte tôt le matin la ferme de ses nourriciers, va chez le médecin, allume le feu, puis va distribuer le lait aux habitants de la grande rue. Il fait les courses, porte le courrier à la poste, accompagne et va chercher les enfants à l'école, soigne la basse-cour. À la fin de l'après-midi, il va aider un quincaillier.

« Un artério-scléreux spécifique livre des paquets et les médicaments du pharmacien, dont un vieil alcoolique lave les bouteilles, dont un ancien persécuté tient les comptes. L'un de ces malades recrutait même des clients pour une Société d'assurances de Paris ».

Le niveau mental même très bas, pourqu qu'il ne descende pas au dessous du niveau inférieur basal, permet encore des activités assez nombreuses et relativement complexes.

Tel est le cas de ce débile migrateur, boitant et bégayant, souvent écholalique, qui avait contracté pendant la guerre des habitudes singulières qu'il fût impossible de lui faire abandonner par la suite : « Il parcou-

rait tous les cantons voisins, cirant les parquets, lavant la vaisselle, sonnant les cloches pendant les cérémonies. Tout le monde le connaissait dans un rayon de 40 km., le retenait longtemps à l'avance en inscrivant nom et date sur son petit carnet, qu'il se faisait relire chaque jour pour connaître son emploi du temps du lendemain, car il ne savait pas lire. Il comptait avec satisfaction ses économies, qui s'élevaient à quelques centaines de francs, et il ne rentrait à Ainay que toutes les semaines, pour changer de linge ».

Les oisifs. — Leur nombre est variable selon que l'on envisage le travail effectif accompli ou les simples manifestations de l'activité.

Beaucoup sont des vieillards ou des infirmes. Comme le fait remarquer le Docteur Vie, ces malades ont cependant des activités réduites. Il cite quelques cas de « symbioses touchantes » :

« Un ancien garde malade, grand hypochondriaque, longtemps alité dans son placement, retrouve une certaine activité professionnelle pour soigner, laver, faire manger son camarade encéphalitique. Un aveugle accordéoniste est amené tous les jours à la colonie par un imbécile hémiplegique, et les deux infortunés réalisent sans s'en douter le duo pathétique de la fable ».

A la colonie comme à l'asile, il existe un certain nombre de malades dont le délire est prévalant.

Parfois ils ne se livrent à aucun travail et présentent seulement une activité délirante :

Un Hongrois fait des vers qu'il jette sous les pas d'une belle princesse, sa fiancée, une jeune fille du pays.

D'autres se réfugient dans une activité très réduite et se promènent continuellement, calmes et silencieux.

Nous mentionnerons également le cas de ces vieux délirants dont le délire a désarmé et qui passent les derniers jours de leur vie dans le calme et le repos.

Les vrais oisifs, au sens préjoratif du mot, sont surtout représentés par des pervers qui se livrent à des actes plus ou moins honnêtes et profitent de leurs camarades. Encore pourrait-on plutôt parler ici d'une activité morbide que d'une oisiveté réelle.

Les activités autonomes caractérisent un petit nombre de sujets à qui le séjour en colonie permet d'utiliser des connaissances antérieures et de développer des aptitudes.

Nous avons déjà parlé des musiciens, nous devons également citer les dessinateurs, les peintres, les sculpteurs. Leur activité artistique n'est, bien souvent, inférieure en rien à celle de leurs collègues normaux.

Un vieux délirant, ancien chef d'orchestre de théâtre parisien, compositeur de talent et excellent violoniste a consacré sa vie en colonie à la musique qu'il enseigne avec succès à plusieurs personnes, enfants et adultes.

D) *LES DELIRES DE CONDUITE*

Ces délires, auxquels nous avons déjà fait allusion, étudiés par plusieurs auteurs sous des dénominations différentes et surtout par Minkowski, représentent des troubles propres à l'activité de l'individu.

On ne les trouve pas souvent à l'état pur, mais plutôt à l'état de symptômes et plus particulièrement dans la démence précoce.

Minkowski les a très bien décrits dans une étude sur les schizophrènes :

« Un trouble peut fort bien, dit-il, s'extérioriser sans passer par l'échelon intermédiaire d'une expression idéique. Il a pu ainsi être question d'un véritable « délire de conduite ». La schizophrénie en fournit de multiples exemples. L'idée délirante est contingente ici. La perte de contact vital avec la réalité peut se traduire, aussi bien dans le domaine de la schizophrénie que de la schizoïdie, par des particularités caractéristiques de la conduite. À côté de l'autisme riche, fait de désirs, de rêves, de travail imaginatif, il existe un autisme pauvre dans lequel cette vie intérieure fait défaut et qui se reconnaît aux actes bizarres, inadaptés allant à l'encontre des exigences de la réalité ».

L'observation des malades présentant des séquelles légères de D. P. met bien ces troubles en évidence. Les anciens malades font effort pour être aimables et ne sont que polis, par défaut de l'élan affectif. Les femmes se remettent difficilement à s'occuper de leur ménage.

font seulement les repas, n'ont pas assez de patience pour raccommoder, restent désordonnées. Elles cessent d'être coquettes; l'une d'elles craint d'avoir des jupes trop courtes, des vêtements trop collants.

L'abaissement du niveau intellectuel se traduit par la perte du pouvoir d'adaptation, la diminution de la capacité de travail, l'absence de spontanéité, le dégoût du concret au profit de l'abstrait et du général.

Les séquelles moyennes de la D. P., sont caractérisées par un degré encore plus avancé « du délire de conduite ». L'initiative est totalement absente des actes de ces malades, capables seulement de répéter automatiquement des actes élémentaires. Leurs occupations se bornent souvent aux actes naturels, leur désorientation est complète et leurs besoins d'appropriation sont à la fois troublés et diminués; Capgras et Crinon (1912), signalent entre autres signes l'achat d'objets inutiles. Tout est perturbé chez eux et leur réaction sont impossibles à prévoir.

Ces sujets sont peu utilisables en Colonie, Ils peuvent par contre rendre quelques services à l'Asile où un contrôle continu peut être exercé. Les tâches qu'on leur demande ne doivent pas exiger d'initiative, mais comporter uniquement des actes élémentaires qui se répètent identiquement.

Une minorité parmi ces malades, admis dans les colonies familiales, s'y livrent en effet à des travaux mécaniques. Beaucoup sont utilisés pour bêcher les jardins, scier les bois, etc...

Ils doivent être cependant surveillés dans ces travaux élémentaires car leur action une fois déclenchée n'est plus soumise à la moindre autocritique et peut se répéter indéfiniment.

Un de ces malades a qui on a dit d'enlever les feuilles mortes tombées sur une tonnelle, enlève ces feuilles, puis les jeunes pousses et les branches et, dénude entièrement la tonnelle « pour que cela soit plus propre ».

Un autre malade, d'Ainay-le-Château, balaie toute la journée les feuilles mortes, les débris, sur les routes et sur les bords du canal « pour qu'il n'arrive pas d'accidents ».

Des idées délirantes, il ne subsiste que des fragments incohérents, énoncés en une verbigération, qui n'exclut pas la possibilité d'une activité appliquée d'une façon uniquement automatique.

Certains de ces malades enfin ne peuvent pas être occupés au moindre travail et leur activité se dépense en mouvements stéréotypés.

Un D. P. d'Ainay suit toute la journée et pendant des mois dans ses promenades un psychasténique douteur. Il le suivait à quelques pas, toujours à la même distance. Il s'arrêtait quand le psychasténique, pris par un doute, interrompait sa marche et repartait en même temps que lui. Ce manège, qui n'était accompagné d'aucune parole ni d'aucun geste, ne s'arrêta qu'à la mort du chef de file improvisé.

On observe également des délires de conduite dans certaines psychoses paranoïdes. Nous rapportons ici une observation d'un de ces malades qui à la suite d'un premier examen avait été jugé apte à l'envoi en colonie.

Bien orienté, il avait d'autre part une activité suffisante pour pouvoir s'organiser une vie nouvelle en demie liberté.

Obs. XV. — D... André, atteint de psychose paranoïde, entre à la colonie d'Ainay le 20 décembre 1932, venant de l'asile de Ville Evrard.

A l'interrogatoire il raconte qu'il est interné depuis 1922 et qu'il a toujours « été un petit peu vagabond en plusieurs temps » et il ajoute, « j'aime toujours retourner dans nos lieux de domicile ».

Il présente quelques hallucinations :

« Ils voulaient me faire croire que j'avais peut-être une fortune. C'est le groupe de la société du monde; pendant dix ans ils répétèrent ma pensée. J'entends beaucoup de voix et je les vois en illustration. »

Il est placé chez des nourriciers mais disparaît brusquement le 30 décembre après avoir manifesté son désir de faire un travail plus intense et se plaignant que chez ses nourriciers il y avait trop peu de monde pour travailler.

On le recherche vainement et on apprend, quinze jours après le 16 janvier 1933, qu'il est rentré à Ville Evrard.

Ce malade présente bien un délire de conduite. Placé en demie liberté, il estime ne pas avoir assez de travail et est incapable d'utiliser ce besoin d'activité supplémentaire pour un travail choisi par lui-même; il semble qu'à ce point de vue l'initiative lui fasse défaut. Il préfère accomplir à pied un voyage de plus de 300 kilomètres.

Il est, comme il le dit lui-même « un petit peu vagabond » et c'est là sa seule activité complexe et dirigée.

Ces quelques délires de conduite correspondent à des degrés très différents mais ont tous un caractère essentiel commun : ils atteignent les manifestations de l'activité soit en les détournant, soit en les réduisant à leur minimum.

E) CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Nous pouvons à la fin de ce chapitre tirer quelques conclusions de l'étude de l'activité des malades mentaux.

Le « *besoin fondamental d'activité* » n'est pas seulement un concept philosophique. C'est un besoin réel, une tendance que l'on retrouve dans tous les niveaux mentaux. La satisfaction de ce besoin est d'un intérêt thérapeutique et pratique considérable. « La nature à côté du mal, a placé le remède » : l'agitation des malades, leurs actes inadaptés au milieu et aussi leur activité normale inutilisée, sont des éléments que l'on doit utiliser. La vie d'asile ne permet guère de diriger ces activités vers des buts déterminés et le malade reste en contact permanent avec son délire alors qu'il a en lui une tendance certainement plus profonde que ne l'est le plus souvent le délire lui-même.

L'étude de la vie en colonie nous prouve d'autre part, que faire agir le malade dans une ambiance qui satisfait ses tendances élémentaires, c'est faire passer le délire au second plan et procurer à des malheureux les joies d'une vie normale.

IV

LE SENTIMENT DE LA PROPRIÉTÉ ET L'APPROPRIATION DE L'AMBIANCE

L'étude des troubles de la propriété se rattache à celle de l'activité. Le fait de posséder un objet est en effet le résultat final d'un acte vis-à-vis de cet objet, et d'une orientation vers lui. C'est pourquoi nous étudierons les troubles de la propriété, chez les aliénés, d'un point de vue assez limité.

La tendance à l'appropriation est encore une tendance fondamentale. On la retrouve des êtres très inférieurs et la simple observation d'un animal nous montre qu'il y a toujours dans sa vie une série d'actes destinés à aménager une partie de l'ambiance. C'est d'ailleurs une forme de l'instinct de conservation, qui pousse l'animal à s'adjuger une proie, à la défendre et aussi à se réfugier dans un lieu sûr choisi par lui, terrier, repaire ou nid. Il n'est d'ailleurs même pas utile de rechercher des exemples rattachés à l'instinct de nourriture et de défense :

Si on met dans une cage un animal quelconque, un chien par exemple, on s'aperçoit qu'il s'oriente d'abord dans ce nouveau lieu. Il regarde autour de lui, flaire, revient vers la porte par où il est entré puis manifeste son activité en complétant cette orientation élémentaire par

une série de recherches. Il fait le tour de la cage, recherche une issue. Lorsqu'il a acquis la certitude qu'il n'y a aucun moyen de recouvrer sa liberté, il procède à un choix qui est le premier stade de l'appropriation. Après avoir longuement hésité, s'être couché, puis relevé, il choisit un endroit de la cage, généralement un coin, qui sera désormais « son » coin et qu'il modifiera à son gré. C'est bien là un acte élémentaire d'appropriation.

On retrouve cette tendance de plus en plus développée en remontant l'échelle animale. Chez l'homme elle se complique par l'adjonction des rapports sociaux et des nécessités qui en découlent.

L'instinct de propriété est alors d'autant plus développé que le cercle d'activité est plus grand. La propriété, qui pour nos paysans est représentée par une terre d'une étendue déterminée, délimitée par des limites fixes, est tout autre chose pour un financier qui l'envisage comme quelque chose de beaucoup moins concret, de plus vague et de plus incertain.

Nous n'exposons ces données générales que pour mieux montrer la relativité de cette tendance qui est sujette à autant de variations de grandeur dans le domaine pathologique que dans le domaine normal.

Janet a dit : « Le problème de la propriété des objets matériels; que l'on considère trop comme un problème juridique et politique et qui est avant tout un problème psychologique et même psychiatrique nous présente simplement un des problèmes de la personnalité. Nous possédons nos habits et nos meubles de la même manière que nous possédons nos actes. La propriété personnelle évoluera de la même manière que la notion de personnalité individuelle » ⁽¹⁾.

(1) Janet : *Les troubles de la personnalité sociale*.

Cette extension du problème de la propriété à tout ce qui nous entoure, même de très loin, a été très étudiée par Janet, qui parle d' « appartenances », et par plusieurs autres philosophes. Lévy-Bruhl, parlant des « appartenances », précise : « elles prolongent la personne ».

La tendance à l'appropriation va comme toute tendance, en se développant.

La propriété va, en effet en se complétant, partant de l'objet utile et indispensable, allant vers l'objet utilisable éventuellement, pour aboutir à la possession d'objets uniquement destinés à plaire.

A) INFLUENCE DE LA VIE D'ASILE ET DE COLONIE SUR LE SENTIMENT DE LA PROPRIÉTÉ

La vie d'asile, comme toute vie en commun limite singulièrement les possibilités d'extension et même de conservation du sentiment de la propriété.

La nécessité où l'on se trouve vis-à-vis des malades d'enlever ou de remplacer tous les vêtements, bijoux, objets personnels, les plongeant aussi brusquement dans un milieu étranger parmi des objets nouveaux, amène souvent l'apparition d'une crise morale et affective.

Un malade de l'asile de Montredon, né dans un village de la montagne, nous disait que ce qui l'avait le plus affecté lors de son entrée, et lui était d'ailleurs encore très pénible, était de ne pas pouvoir mettre « ses habits de dimanche » les jours de repos.

Une malade de Moisselles, Mme G..., demande chaque matin depuis des années si on lui rapporte son « bijou », faisant ainsi allusion à son alliance qui lui a été enlevée lors de son entrée.

Chez certaines malades, ces confiscations ont donné naissance à des délires particuliers, comme « le délire de divorce ».

« Je suis divorcée, dit une malade, on m'a enlevé mon alliance, je ne dois plus compter sur mon mari, etc... ».

On comprend sans peine les influences désastreuses que ces habitudes peuvent avoir sur les persécutés et les interprétants qui n'ont déjà que trop tendance à voir partout des manifestations hostiles.

Un deuxième facteur influe sur le sentiment de la propriété chez le malade d'asile.

L'aliéné ne fait pas partie d'une société mais d'une collectivité, c'est-à-dire d'un groupement dont tous les individus bien que rassemblés, sont indépendants les uns des autres. Il n'y a même pas de hiérarchie de valeur, puisque les individus de comportements semblables sont réunis entre eux. A cet état de choses vient s'ajouter l'influence d'une mentalité spéciale consistant soit en une indifférence totale vis-à-vis des autres membres de la collectivité, soit en une attitude de supériorité plus ou moins accusée, le malade s'apercevant que le délire de ses compagnons est invraisemblable alors qu'il croit à la réalité du sien. Cette opinion est corroborée par deux constatations : L'aliéné même en colonie est incapable de vivre entièrement seul, sans un « support social ». Il lui est d'autre part très difficile d'avoir vis-à-vis de ses camarades des rapports qui soient uniquement sociaux et non collectifs : l'acte d'ensemble est rare et il est exceptionnel, par exemple, de constater des évasions à plusieurs, manœuvre qui nécessite une initiative particulière et une contribution déterminée de chaque individu.

On retrouve les mêmes caractères dans le sentiment de la propriété chez les malades de colonie. Ils travaillent pour leurs nourriciers et recherchent un résultat collectif. Les rémunérations qu'ils demandent ont souvent une valeur symbolique :

« Je veux bien travailler le jardin, dit un délirant d'Ainay, mais il faut me donner un café tous les jours ».

Quelques malades d'Ainay, et ils sont en très petit nombre, arrivent à mettre de l'argent de côté et l'un d'eux prête une assez grosse somme à son nourricier; mais il faut encore voir là une forme de cet esprit collectif, le malade remettant au tas la part qui lui est revenue.

B) LES MODIFICATIONS DU SENS DE LA PROPRIÉTÉ

Il nous semble que l'on peut les classer en cinq catégories :

- 1° L'absence et la limitation;
- 2° Les modifications dans le sens du délire;
- 3° La régression lente et la disparition;
- 4° Les troubles profonds des éléments de la propriété;
- 5° La réorganisation de la propriété, la « tendance à l'appropriation ».

1° *L'absence et la limitation.*

Nous plaçons tout d'abord dans ce groupe ceux qui ne possèdent rien ou qui n'ont jamais rien possédé.

C'est le cas de beaucoup d'arriérés dont la vie se déroule dans une sphère réduite au minimum. Leur lit ne fait même pas l'objet d'une appropriation particu-

lière, leur niveau étant trop bas pour qu'ils s'attachent à quoi que ce soit.

Nous sommes là à un degré très inférieur où les autres tendances déjà écrites sont également très réduites. L'orientation, à peu près complètement absente, n'existe que vis-à-vis de la nourriture, et l'activité consiste en mouvements désordonnés souvent athétosiques.

Il est plus intéressant d'envisager le cas de certains débiles qui s'attachent à des objets n'ayant plus pour eux qu'une valeur symbolique.

Le docteur Vié nous montre quelques vieux malades d'Ainay qui ont patiemment amassé quelque argent depuis leur arrivée à la colonie :

« Heureux de posséder billets et pièces, ils se sont refusés à suivre les changements successifs des types monétaires qui se sont multipliés depuis vingt ans : l'un se montre fier d'une importante liasse de coupures de 1 franc émises par les villes au cours de la guerre, un autre a deux sacs de monnaie d'argent aujourd'hui hors d'usage; il a été impossible de leur faire admettre la perte de leur valeur. Pour eux elle demeure intact; ils ne cherchent pas à utiliser leurs espèces, et se bornent à admirer en elles le symbole de leur richesse ».

Un débile de l'asile de Montredon ne veut rien et n'accepte rien, il a limité ses désirs à la possession de vieux chapeaux et entretient ces objets avec beaucoup de soin alors qu'il montre la plus grande négligence pour le reste de son habillement. Il refuse tous les autres objets qu'on peut lui donner et répond à chaque offre : « Oh ! non allez ! bien grand merci, mais là bas on a tout ce qu'il faut, on a besoin de rien, tout ça c'est de trop ».

2° *Modifications dans le sens du délire.*

Chez certains aliénés les objets possédés perdent toute valeur s'ils n'ont pas la possibilité d'être utilisés dans le délire; par contre ceux qui lui sont nécessaires prennent une valeur disproportionnée.

L'exemple le plus caractéristique est donné par l'extravagance de la mise chez certains malades. Elle se trouve souvent sous la dépendance directe du délire et il arrive que, comme dit P. Courbon ⁽¹⁾ : « l'utilité personnelle soit commandée par les troubles sensoriels ».

Vêtements et accessoires prennent l'allure de boucliers chez le persécuté, qui semble se cuirasser, se casquer, se barricader le corps. Les exemples sont nombreux de ces malades qui ne peuvent se déplacer qu'avec leur attirail défensif : épaisses couches de journaux maintenues sur la tête pour arrêter les ondes; corsets dans lesquels sont cousus des morceaux de fer, véritables instruments de supplice pour le malade qui les perfectionne chaque jour pour se protéger de ses ennemis. Il tient à ces objets de protection dont il reconnaît cependant souvent l'efficacité très relative.

Le délire de l'hypocondriaque « fait transformer son accoutrement en assemblage de pansements. Le mystique se couvre d'amulettes. L'érotique vise à la coquetterie... Le mégalomane se chamarré... Le mélancolique, concentré dans sa douleur, s'habille avec négligence », etc...

Ces troubles du sens de la propriété vont de pair avec la nécessité que présentent pour le malade les objets de protection contre les persécuteurs, la maladie, le démon; les ornements de l'érotique, les décorations du

(1) P. Courbon : *Semiologie de la mise des Aliénés-Encéphale*. Décembre 1919.

mégalomane leur sont absolument indispensables et extériorisent le délire lui-même.

Le malade va même jusqu'à réclamer son « lit », « sa place », « sa pièce », refusant d'en changer soit par méfiance, soit parce que le changement ou la suppression d'un objet incorporé dans son délire lui est désagréable. Ces malades sont d'ailleurs très jaloux de leur propriété et il est souvent difficile de se faire confier un objet fabriqué par un délirant : il y tient comme à la reproduction palpable de ses idées.

Le vieux délirant M..., d'Ainay, dont nous avons rapporté l'observation et qui avait confectionné 2.438 petits étuis de bois destinés au tirage au sort, les garde jalousement dans sa chambre. Il contemple souvent son trésor dont il sait le compte exact et fait de fréquentes vérifications pour voir si on ne lui a pas pris quelques pièces.

La conception de l'utilité pratique de l'objet justifie également la négligence et le détachement du mélancolique, renfermé dans une douleur que l'utilisation ou la contemplation des objets qu'il possède ne saurait calmer. Cet état d'esprit se retrouve dans son habillement. « Le besoin de parure est, dit Paul Courbon, diminué chaque fois qu'il y a cenesthésie douloureuse, hypersthésie émotionnelle, reploiement de l'être sur lui-même ».

Ces modifications de la propriété se retrouvent également chez les P. G. et dans les délires de grandeurs. Nous rappellerons ces malades que l'on trouve dans chaque service et dont le « délire de propriété » se résume à une croyance bien établie d'être les légitimes propriétaires de tout l'établissement.

Une de ces malades internée à Moisselles, se croit la propriétaire de l'asile. Elle se refuse de porter les

vêtements habituels et on lui tolère ceux de son choix. Elle est la propriétaire de l'établissement, adresse des reproches sans aménité aux infirmières lorsque quelque chose lui déplaît et elle ajoute : « Alors ? qui est-ce qui est le maître ici ? ». Propriétaire sans exigences, elle s'étonne des réparations faites sans son ordre et s'informe si on verse bien régulièrement le loyer.

Ces malades ne cherchent pas à exercer d'une façon catégorique leurs droits de propriété et se contentent généralement d'être nourris et logés, bien modeste usufruit.

Obs. XVI. — Mme S... atteinte d'un délire d'influence avec hallucinations et phénomènes psycho-moteurs, internée à Moisselles, nous dit :

« Je suis immensément riche, mais tout est à la Banque de France ». Elle a quelques objets personnels, mais n'y attache pas beaucoup de valeur ni d'importance : « Ce serait mesquin, attendu que je reçois la bénédiction divine sur tout ce que je possède ».

« Je pourrais faire ce que je veux avec ma puissance occulte. Tout est à moi si je le désire, mais à quoi bon ? Quand on a des propriétés à volonté comme moi, on peut laisser les autres profiter de ce qu'ils veulent... Ici c'est un asile : il y a des malades de la tête; il y en a beaucoup qui croient entendre des voix. Les malheureux ont bien besoin de moi, car avec mon pouvoir surnaturel je peux leur abandonner tout ce qui est à moi ».

Elle accepte cependant quelques mandats de sa famille. « Il faut bien avoir quelques sous comme argent de poche, c'est pratique ».

Les délires de ruine et de préjudice des mélancoliques représentent une atteinte très profonde du sentiment de la propriété. Le malade est atteint dans sa personnalité la plus profonde et s'étonne de se voir si différent de ce qu'il a toujours été.

Les mêmes idées se retrouvent encore plus nettes dans certains délires de persécution et dans les états schi-

zophreniques où le sujet pense qu'on lui vole sa pensée », « qu'on lui a changé le cerveau », que « son corps n'est plus à lui ».

C'est à des cas semblables que le terme « aliéné » s'applique au sens strict du mot.

On peut dire que dans tous ces cas l'idée délirante est un facteur actif, qui bien que déformant le sentiment de la propriété, lui conserve encore une certaine valeur.

Nous tenons à signaler d'autre part l'importance et la fréquence des délires à thème de propriété, plus particulièrement dans les délires de persécution. Beaucoup de malades voient dans les persécutions qu'ils subissent des raisons d'intérêts. Très fréquemment chez les malades affaiblis se développe le thème de l'appartement, de la chambre, ou des meubles qu'un propriétaire ou un voisin cupide veut s'adjuger.

3° *Régression lente et disparition.*

Ce groupe comprend des malades dont le sens de la propriété disparaît lentement ou même par paliers à la suite de petits ictus par exemple.

Nous y retrouvons un grand nombre de D. P., des débiles et des délirants hallucinés dont le niveau intellectuel baisse insensiblement et surtout les déments séniles. C'est là le cas de nombreux malades que notre maître le docteur Vié étudie dans « la dépossession progressive des malades en voie d'affaiblissement ».

Chez les D. P., le sentiment de la propriété se trouve atténué par le fait même que l'instinct d'expansion de l'être est atteint.

Les déments précoces en placement familial ne possèdent pour la plupart absolument rien; ils n'ont aucun objet personnel, aucun ornement dans leurs chambres,

aucun soin pour les effets de leur trousseau. Par contre certains rapportent toutes sortes de choses inutiles : débris de papiers, de bois, de morceaux de métal, qu'ils entassent pour ne plus jamais y toucher.

L'examen du contenu des poches fait découvrir des vieux journaux, des reliefs alimentaires, pêle-mêle avec des lettres de la famille qui parfois n'ont pas été ouvertes.

V... Anatole, malade de la colonie d'Ainay, atteint de psychose-paranoïde entasse sur sa commode les colis que lui envoie sa sœur (tabac, gâteaux, journaux). Il n'en fait rien, mais s'oppose à ce qu'on y touche. Il ne les défait pas ou bien les refait ensuite soigneusement. Il n'utilise pas non plus l'argent qu'il reçoit.

Certains débiles entassent également les objets et plus particulièrement ceux dont l'aspect extérieur les séduit par la forme et la couleur.

On observe souvent dans les asiles de ces malades qui se promènent avec de volumineux paquets qu'ils n'abandonnent jamais et dont le contenu hétéroclite ne justifie cependant pas de telles précautions.

Les plus typiques se trouvent dans le groupe des démences séniles.

Nous avons déjà parlé, dans notre chapitre de l'activité, de ce « ramassage sans but » que l'on constaterait chez certains animaux. On le retrouve dans les démences séniles.

Le ramassage sans but semble être à la fois un reste et une déformation de la prévoyance de l'avenir et il se manifeste avec d'autant moins de discernement et d'autant plus d'intensité que le niveau intellectuel est plus bas.

Les hommes ramassent des clous, des morceaux de ficelle, de papiers, des provisions alimentaires; les femmes des morceaux de fil, des débris d'étoffe, des objets brillants pouvant servir occasionnellement de parure.

La coquetterie se manifeste parfois chez les femmes par la fabrication de bijoux improvisés.

A un stade plus avancé le malade rétrécit le champ de son activité et ne ramasse plus que des débris alimentaires et des objets sans aucune utilisation qu'il cache soigneusement sous son traversin ou sous ses draps.

On peut suivre l'abaissement progressif de l'état intellectuel uniquement par la réduction progressive de l'ambiance du malade. On voit ainsi s'ordonner une série de positions de repli, de plus en plus élémentaires et mal organisées.

Le malade en arrive finalement à sa dernière propriété, son dernier refuge, le lit, qui est aussi nous l'avons vu, le point ultime de son activité réduite.

Ce lieu pourtant bien limité et dont la position devrait être retenue par le malade n'est même plus parfois le dernier symbole de la propriété. Une démente sénile, de Moisselles, ne retrouvait même plus son lit, ou plutôt le reconnaissait dans le premier qui s'offrait à ses yeux et choisissait ainsi au hasard.

Dans un article sur l'évolution des délires d'influence, le docteur Vié et Villemetz montrent trois malades présentant des niveaux intellectuels différents. Celle qui a le niveau le plus élevé se présente avec sa valise contenant un paquet de lingerie propre et a des vêtements soignés. La deuxième tient dans ses bras un paquet fait d'un journal contenant ses provisions.

(1) J. Vié et Villemetz. *Sur l'évolution des délires d'influence*. Trois degrés de déficit résiduel. Ann. Med. psych., Mars 1938.

La troisième, enfin, dont le niveau intellectuel est très bas, se présente en tenue négligée et n'a rien emporté avec elle.

4° *Les modifications profondes des éléments de la propriété :*

Certains malades présentent des modifications profondes de l'idée de propriété et ces transformations influent sur leur conduite.

Tel est le cas d'un malade d'Ainay-le-Château, H... Joseph, 55 ans, débile mental avec affection vésanique. Il avait sur lui 180 francs en pièces de 10 francs. Son camarade, FR..., débile pervers, le vole et avec ce qu'il a volé, achète des gants, des almanachs, de l'eau de cologne, un briquet, etc... On offre tout cela à H... « C'est votre bien, prenez ce dont vous avez besoin ». Il refuse. « Je ne veux pas être complice; c'est à celui qui a fait les achats ». « Mais l'argent était bien à toi, pas à lui ». H... reste perplexe mais ne veut rien prendre, étant incapable de reconnaître sa propriété autrement que sous sa forme habituelle.

Chez d'autres, le sens de la propriété est perverti : certains D. P. se livrent au vol et ce vol présente souvent une incohérence caractéristique : voici Gustave L..., interné depuis 1898, qui, depuis le début de la maladie a toujours volé de temps à autre : apprenti tapissier « il chipait des clous à son patron »; à la colonie d'Ainay, il dérobe de menus objets dans les magasins. « Une mauvaise idée me prend, dit-il, je sais bien qu'il ne faut pas que je le fasse parce que je ne suis pas riche, je sais bien que je ne peux pas me la payer ». Il prend un portefeuille dans un veston pendu à un mur, et le revend 30 sous à un camarade sans même avoir touché au contenu. Il prend un billet de 100 francs sur le comptoir d'une

épicerie de village, le met dans sa chaussette d'où il le retire gauchement, lorsque l'épicière paraît et lui demande des friandises, offrant ce billet en payement.

Ces vols, si gauchement exécutés et si mal exploités dans leurs résultats, sont parfois dénués de tout but pratique.

Maurice G..., jeune discordant de 26 ans, n'a pas d'heure fixe pour rentrer dans son placement. Il se promène assez tard après dîner le long de la rivière et s'arrête longuement devant les maisons inoccupées. Un jour, il est vu escaladant à l'aide d'une lourde échelle la porte de l'une d'elles : il avait pris l'habitude d'y faire de fréquentes visites domiciliaires, parcourant la villa de haut en bas. Il avait ouvert tous les meubles, n'emportant pour les cacher dans un four abandonné, que des objets heteroclites : un vaporisateur, des pantoufles de femme, des pots de confiture retrouvés intacts, deux volumes des souvenirs de Metternich.

Il n'est pas dans notre intention de nous appesantir sur ce que le bon sens public appelle la manie de collectionner et la manie du vol, mais kleptomanie et collectionnisme doivent être cependant envisagés car ces deux tendances existent à la fois chez des individus dits normaux et chez les malades d'asiles.

Le collectionnisme a toujours été considéré par le bon sens populaire comme « une marotte » et le collectionneur est souvent tourné en dérision.

« Ce qui frappe au premier abord, dit Codet (1), c'est l'étrangeté et l'inutilité pratique de leur goût en opposition avec les sacrifices qu'ils lui consentent. Or, ces caractères sont communs à de nombreuses attitudes

(1) Codet : *Essai sur le collectionisme*, 1921.

mentales et forcément toute idée prévalente entraîne son porteur vers une activité spéciale. Ceux-là qui ne la partagent pas ne peuvent guère comprendre ni admettre qu'il lui soit accordé telle importance. De là à juger les premiers des êtres déraisonnables, il n'y a qu'un pas, bien vite franchi ». Et Codet ajoute très justement : « le vieux collectionneur pour peu adapté qu'il soit à la lutte sociale, n'est pas un dégénéré. C'est un passionné, ce n'est pas un monomane ». Victime d'une passion, il n'ignore pas les conséquences de cet entraînement et conserve bien qu'au minimum ses diverses manifestations sociales. Le collectionnisme est donc « toujours en conformité avec l'ensemble qui constitue la personnalité ».

Dans la deuxième catégorie de types écrits par Codet, se trouvent ceux dont « la tendance à la collection, se manifestant par une prédominance indiscutable, n'en permet pas moins à l'examen attentif de découvrir à l'arrière plan tout un complexe de malformations mentales. Sa persistance, la continuité de son action prouvent bien ses rapports avec la constitution du sujet ».

Nous nous rapprochons beaucoup avec ces monomanes des collectionneurs d'asile. Tel est le cas d'un déséquilibré constitutionnel observé par le docteur Borel et cité par Codet, qui achetait douze journaux chaque matin, cinq le soir, puis des ouvrages brochés, des plaquettes, mais ne « lisait jamais avec attention et réflexion un article déterminé, ne se documentait sur aucun sujet, était incapable de soutenir une discussion... La quantité de ses livres l'avait fait expulser de son précédent domicile par crainte d'éboulement et il ne pût se loger que dans un rez-de-chaussée... Le passage dans son appartement était devenu presque impossible, obstrué. L'écroulement des livres, un jour, condamna sa porte, l'empêchant de pénétrer. Quand à la chambre à coucher, son lit était dans une vallée entre deux collines de livres.

Le collectionnisme est selon Leroy, parmi les symptômes de démence « un des plus connus et peut-être celui qui a été le moins étudié ». Le fait de collectionner, de s'orner de décorations et d'ornements variés est depuis longtemps en effet considéré par les médecins d'asiles comme d'un fâcheux pronostic. Nous ne reviendrons pas ici sur la catégorie de malades amassant, conservant ou fabriquant des objets dans un but utilitaire et dans le sens du délire. Comme dit Codet : « ce pseudo collectionnisme défensif représente un moyen et non un but ».

D'autres malades comme les imbéciles et les idiots sont des collectionneurs inconscients dont la conduite n'est justifiée que par les caractères extérieurs de l'objet; objets brillants ou colorés dont l'aspect frappe l'esprit du malade. Ce fait est à rapprocher, comme le dit Courbon, des mœurs de certains animaux comme la pie qui enlève des objets inutiles.

Enfin le collectionnisme se trouve souvent dans la démence sénile. Une malade citée par Codet (le collectionnisme P. 91) « en était arrivée à ce point que l'on trouve dans ses tiroirs, entre autres, un paquet portant la mention : « Petits bouts de ficelle ne pouvant servir à rien ». C'est encore là un « ramassage sans but », mais il correspond ici à un trouble bien individualisé et non à une baisse intellectuelle globale.

5° *Réorganisation de la propriété et tendance à l'appropriation :*

À côté de toutes ces perturbations plus ou moins profondes de la propriété, on voit à l'asile comme en colonie des malades qui peu à peu arrivent à se reconstituer une ambiance à eux, c'est-à-dire à développer leur tendance à l'appropriation normale.

Quelques malades d'Ainay mettent de l'argent de côté ou s'achètent différents objets.

Un vieux délirant arrive à mettre de côté plusieurs milliers de francs qu'il place en bons de la Défense Nationale.

« Plusieurs pensionnaires achètent des billets de la Loterie Nationale, d'autres possèdent des livrets de caisse d'Epargne. Un débile opiniâtre fait de petites opérations de bourse et continue ses versements à la Caisse des retraites pour la vieillesse » ⁽¹⁾.

D'autres économisent pour s'acheter des vêtements, des cravates, des chaussettes, des coiffures.

Beaucoup dépensent au jour le jour l'argent qu'ils gagnent sachant qu'ils auront toujours un gîte et un couvert. Ils vont au café (ce qui constitue parfois un danger) pour « voir du monde », boire un bock ou un café, faire une partie de cartes.

Quelques-uns s'achètent de quoi faire de la peinture ou des travaux artistiques.

Nous devons enfin rappeler ici la catégorie si curieuse des « commerçants d'asiles ».

Ces malades font un véritable commerce de ce qu'ils possèdent et de ce qu'ils savent faire. Ils font du « troc », mais aussi négocient avec de petites sommes d'argent.

Ils achètent ou échangent des provisions (chocolats, fruits, etc...) avec certains malades et les revendent à d'autres.

Un malade de l'asile de Montredon écrivait les lettres de ses camarades illettrés moyennant un honnête sa-

(1) J. Vié : *Travaux et occupations des pensionnaires de la Colonie d'Ainay-le-Château.*

laire; il se faisait payer un certain nombre de jetons (monnaie habituelle de l'asile) pour chaque page composée.

Nous pensons avoir mis en relief au cours de ce chapitre les principales anomalies ainsi que les tentatives de réorganisations partielles que l'on peut trouver chez les aliénés en asile et en colonie.

Il nous semble qu'il serait intéressant de reprendre ce sujet dans une étude complète et plus approfondie, les anomalies de l'instinct de propriété ayant été très peu étudiées.

Les manifestations de la tendance à l'appropriation, qu'elles soient élémentaires ou complexes, morbides ou normales, nous paraissent en rapport direct avec le degré d'activité, d'orientation et d'adhésivité mentale et semblent subir les mêmes modifications que ces autres tendances fondamentales.

CONCLUSIONS

Nous pensons à la fin de ce travail, pouvoir dégager des conclusions d'ordre psychologique, psychiatrique et social.

1° Au point de vue psychologique, nous avons étudié, sous le nom de comportements fondamentaux, des conduites très générales qui paraissent l'expression directe de l'activité générale de l'être, et qui précisent dans une certaine mesure ces besoins d'activité, besoins de dépense qui, esquissés par Beaunis, n'avaient pas donné lieu, jusqu'ici, faute de matériaux suffisants, à une étude d'ensemble.

Parmi ces comportements nous en avons choisi trois, qui représentent les éléments les plus primordiaux, les derniers à disparaître lorsque l'activité s'atténue, ce qui nous permet par conséquent de confronter l'observation du normal avec l'observation des malades de nos hôpitaux psychiatriques. Délaissant les rapports de l'homme avec ses semblables, ainsi que les manifestations de l'activité sexuelle, nous nous sommes bornés à étudier l'orientation, le besoin d'activité, l'action sur l'ambiance qui se trouve à la base des premières velléités d'appropriation.

2° Chez nos malades d'hôpital psychiatrique et surtout chez ceux des Colonies Familiales, qui ont plus de facilité pour transposer sur le plan du réel leurs facultés résiduelles, nous avons relevé une involution parallèle des trois ordres de phénomènes qui se montrent intimement liés.

Nous avons étudié les diverses formes de la désorientation temporo-spatiale, nous en avons cherché le stade minimum qui permet encore une vie réduite. Chez les délirants, les divers degrés de l'intégration au milieu font parcourir toute une gamme de compromis très curieux entre le monde réel et le monde virtuel.

Ce besoin d'activité si profondément implanté dans la nature humaine, s'exerce encore aux niveaux inférieurs sous des formes réduites qui montrent qu'elle en vient à s'exercer en l'absence de tout but assigné, de toute destination utilitaire.

Quant au besoin de propriété, qui jusqu'ici, a été si peu étudié, nous avons noté son parallélisme avec l'activité : cette tendance à aménager le milieu, à accumuler des objets bien souvent inutiles, qui à un stade plus élevé prend une extension si considérable manque seulement dans les degrés inférieurs.

3° Du point de vue social, la connaissance de ces comportements acquiert une importance qui dépasse de beaucoup son pur intérêt sémiologique.

Sans cesse, et de plus en plus, nous sommes amenés à déceler, à la limite de la normale, les troubles du comportement. Le délire à lui seul n'ouvre pas l'entrée des hôpitaux psychiatrique, et les difficultés de la vie moderne révèlent des insuffisances, des anomalies du système nerveux qui se situent sur le plan de l'action.

A l'hôpital psychiatrique, c'est avant tout dans les éléments de la conduite que nous cherchons à trouver l'orientation de l'avenir du malade. Il nous faut connaître les difficultés qui l'attendent à la sortie de l'établissement. Sera-t-il en mesure d'y faire face ? Voilà la question essentielle.

S'il ne peut reprendre son niveau de vie antérieure, le malade devra être adapté à un mode de vie réduite. L'assistance sociale, en dehors de l'aide que peuvent apporter spontanément les familles, n'offre à l'heure actuelle que le placement familial. Or, les indications de celui-ci sont encore basées, de façon pour ainsi dire exclusive, sur les modalités du comportement.

Nous n'avons fait dans ce travail qu'ébaucher ces problèmes. Ils méritent, croyons-nous, d'être approfondis pour donner tous les services qu'on peut attendre de leur solution.

Vu :

Le Président de Thèse :

LAIGNEL-LAVASTINE.

Vu :

Le Doyen :

TIFFENEAU.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

*Le Recteur de l'Académie
de Paris :*

ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- EARD (L.). — *Les bases psychologiques de la perception du temps.*
In Journal de Psychologie, 1922.
- BECHTEREW. — *Über störung des Zeitgeföhls.*
- BERGSON (H.). — *Essai sur les données immédiates de la conscience.*
Alcan, 1924.
- BERGSON (H.). — *Durée et simultanéité à propos de la théorie d'Einstein.* Alcan, 1923.
- BINET (A.). — *L'étud expérimentale de l'intelligence.*
- BLONDEL (Ch.). — *La conscience morbide.*
- PONHOMME et PICHARD. — *La notion de réalité chez les délirants.*
Evolution psychiatrique, 1933.
- BONNIER (P.). — *L'orientation.*
- BOUVIER (E.). — *La vie psychique des insectes.* Flammarion.
- BOVET (P.). — *L'instinct combatif.* Flammarion.
- BOUCHARD (R.). — *L'Evaluation du temps dans certains troubles mentaux.* Thèse, 1926. Vigot.
- BREHIER. — *Histoire de la philosophie.* Tome III.
- CAPGRAS (J.) et BEAUDOUIN (H.) et BRIAU (R.). — *L'explication délirante.* Avril 1934.
- CODET. — *Essai sur le collectionisme.* 1921.
- COURBON (P.). — *Sémiologie de la mise des aliénés.* Encéphale, décembre 1919.
- COURBON (P.). — *Sur la psychologie de la vieillesse.* Journal de psychologie. 1927.
- CRUCHET (R.). — *Evolution psycho-physiologique de l'enfant du jour de la naissance à l'âge de 2 ans.* In Ann. Psychol., 1911.
- DIDE (M.). — *Le problème temporique spatial.* C. R., académie des Sciences de Toulouse, 1931.
- DIDE (M.). — *Variations psychopathiques de l'intuition durée-étendue.* In Journal de psychologie, mai-juin 1929.
- DIDE (M.). — *Les désorientations temporo-spatiales et la prépondérance de l'hémisphère droit dans les agnoso-akinésies proprioceptives.* Encéphale, déc. 1938.
- DUBUISSON. — *Les voleuses de grands magasins.*

- DUBUISSON et VIGOUROUX. — *Responsabilité pénale et folie*. 1911.
- DUMAS (G.). — *Nouveau traité de psychologie*. Alcan.
- DUNAN. — *Théorie psychologique de l'espace*. Alcan, 1895.
- EDDINGTON. — *Espace, temps et gravitation*. Hermann, 1921.
- ESSERTIER. — *La sociologie*.
- GRASSET (J.). — *Les maladies de l'orientation et de l'équilibre*. Alcan, 1901.
- GUILLAUME (P.). — *L'initiation chez l'enfant*. 1925.
- GUYOT (P.). — *Les états affectifs supérieurs chez les schizophrènes*.
- GUYAU (J. M.). — *La genèse de l'idée de temps*. Alcan, 1923.
- HALBERSTADT. — *Les troubles de l'évaluation du temps chez les aliénés*. In Journ. de Psychol., mars 1922.
- HARTMANN. — *Die Orientierung*. Leipzig, 1902.
- HEUYER (G.). — *Remarques sur la notion de débilité intellectuelle*. Ann. méd. Ps., janvier 1939.
- ITARD. — *Le sauvage de l'Aveyron*. Alcan.
- JACCARD (P.). — *Le sens de la direction et l'orientation lointaine chez l'homme*. Payot, 1932.
- JANET (P.). — *L'évolution de la mémoire et de la notion de temps*.
— *L'évolution psychologique de la personnalité*. 1929.
— *Les débuts de l'intelligence*. Flammarion.
— *Les troubles de la personnalité sociale*. Ann. méd. Psychol., juillet, 1937.
— *De l'angoisse à l'extase*. Alcan, 1928.
- JANOTA. — *Sur l'apraxie constructive et sur les troubles apparentés de l'aperception et de l'expression des rapports spatiaux*. Encéphale, novembre 1938.
- JASPERS. — *Psychopathologie générale*. Alcan.
- JUQUELIER et VINCHON. — *Les limites du vol morbide*.
- KLIPPEL. — *L'évolution de l'organisme et la maladie*. 1921.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — *Les démences des syphilitiques*. Journ. de méd. de Paris, 25 octobre 1913.
— *Les réactions antisociales des hystériques*. Paris médical, 30 mai 1914.
— *Délire raisonnant d'invention*. Soc. méd. psychol., 30 juillet 1917.
— *L'importance du facteur psychique dans le travail professionnel*. Journ. de méd. de Paris, mars 1919.
— *Aphasie et apraxie*. Bull. méd., 20 mars 1920.
— *A propos d'une observation de psycho-analyse*.
— *De l'obsession au délire*. 5 mars 1921.

- *Délire, croyance, jeu*. Progrès médical des Hôp., 1^{er} décembre 1922.
- *Emotivité, inquiétude, angoisse et anxiété*. Presse médicale, 5 septembre 1922.
- *Vols impulsifs à l'étalage chez une déprimée périodique*. Ann. de méd., octobre 1927.
- *La conscience claire et le moi profond des psycho-névroses*. Journ. des Praticiens, 12 mai 1928.
- *La méthode concentrique dans l'étude des psycho-névroses*. Présentation à la Soc. de méd. de Paris, 25 janvier 1930.
- *Pratique psychiatrique*.
- LAUGIER (H.) et PIERRON (H.). — *Etudes docimologiques sur le perfectionnement des examens et concours*.
- LEVY-BRUHL. — *Les fonctions mentales dans les sociétés inférieures*.
 - *La mentalité primitive*. Alcan, 1922.
- LEURET. — *Fragments psychologiques sur la folie*.
- LEY (A.). — *Sur les troubles de la notion de temps et d'espace*. Congrès de Rabat, 1933.
- LHERMITTE (J.). — *Langage et mouvement*. Encéphale, janvier 1938.
- LHERMITTE et TCHETRAZI (E.). — *L'image du moi corporel et ses déformations pathologiques*. Encéph., janvier 1937.
- LHERMITTE (J.) et SUSIC (Z.). — *Pathologie de l'image de soi (les hallucinations des amputés)*.
- MADINIER (G.). — *Conscience et mouvement*. Alcan., 1938.
- MANS (J.). — *Contribution à l'étude du travail dans les asiles d'aliénés*.
- MARCÉ. — *Traité des maladies mentales*.
- MINKOWSKI (E.). — *Le temps vécu*. Coll. de l'évolution psychiatrique, 1933.
- PARAUT (V.). — *La raison dans la folie*. Doin, 1888.
- Mlle PETIT. — *Les délires de persécution curables*. Thèse.
- PINEL. — *Traité médico-philosophique de la folie*.
- PLANCHON (M.). — *L'horloge, son histoire rétrospective, pittoresque et artistique*.
- PUILLIER. — *De l'état intellectuel dans les démences*. Thèse Lyon, 1912.
- RABAUD. — *Provisions alimentaires, cultures, élevage dans les sociétés animales*. Journ. psychol., 1935.
- REVAULT D'ALLONNE (G.). — *Remarques sur l'intelligence*. Journ. de psych., janv. 1934.

- *Rôle des sensations internes dans les émotions et dans la perception de la durée.* In *Revue philosophique*, 1905.
- *Troubles de l'affectivité et troubles de la perception de la durée.* V^e Congrès International de psychologie. Rome, 1905.
- *Les inclinations, leurs rôles dans la psychologie des sentiments.* Alcan, 1908.
- SANO (F.). — *L'adaptation du malade mental à son milieu* (spécialement au point de vue de l'assistance familiale). Masson, 1924.
- SCHILDER (P.). — *Das Körprschema.* Springer, Berlin, 1923.
- SIVADJIAN (J.). — *Le temps*, étude philisophique, physiologique et psychologique.
- SOLIER. — *Psychologie de l'idiot et de l'imbécile.*
- SOURIAU (M.). — *Le temps.* Alcan, 1937.
- SPEARMANN. — *Les aptitudes de l'homme, leur nature, et leur mesure.* 1936.
- STECKEL (W.). — *Les états nerveux d'angoisse.* 1930.
- TISSOT (A.). — *La thérapeutique par l'occupation dans les maladies mentales aux Etats-Unis.* Thèse Paris, 1937.
- VIÉ (J.). — *Des comportements fondamentaux dans les états démentiels et délirants.*
 - *Les aspects sociaux de la colonisation des aliénés.* Réunion Européenne d'hygiène mentale, Bruxelles, juillet 1935.
 - *La vieillesse de quelques D. P.* Ann. méd. psychol., juillet 1935.
 - *La notion d'insuffisanc cérébrale.* Soc. méd. psych., 1932.
 - *Indications psychiatriques du placement familial des hommes.* Journal des aliénistes français. Juillet 1934.
 - *Le traitement des malades mentaux par le travail : idée et réalisation de Simon.* Journal des aliénistes français, 1934.
- VIÉ (J.) et QUERON. — *Productions artistiques des pensionnaires de la colonie d'Ainay-le-Château.* (Esculape), novembre 1933.
 - *Travaux et occupations des pensionnaires de la colonie d'Ainay-le-Château.*
- VIÉ et VILLEMEZ (M.). — *Sur l'évolution des délires d'influence; trois degrés de déficit résiduel.* Ann. méd. Psych., 10 mars 1938.
- VIÉ (J.) et PASCAL (C.). — *Dynamie fonctionnelle hétéphrénique.* Congrès des aliénistes. Bruxelles, juillet 1935.

VILLEMEZ (M.). — *Les démences vésaniques*. Thèse, 1937.

VINCHON (J.). — *Deux documents sur l'évolution cyclique de la psychiatrie*. Progrès médical, 24 avril 1937.

WALLON. — *La conscience de soi chez l'enfant de 3 à 6 ans*. Journ. de psychol., 1932.

WATSON. — *Les psychologues contemporains*.

Du mouvement à la conduite. 11^e congrès international de psychol.
Paris, juillet 1937.

TABLE DES MATIÈRES

<i>INTRODUCTION</i>	1
---------------------------	---

CHAPITRE PREMIER

TENDANCES ACTUELLES DE LA PSYCHOPATHOLOGIE

La notion de comportement.....	14
Intérêt de l'observation du comportement pour le pronostic social de la psychose.....	21
De quelques comportements fondamentaux dérivant de l'activité de l'individu.....	24

DEUXIEME CHAPITRE

L'ORIENTATION VIS-A-VIS DE L'AMBIANCE

Les conceptions de la notion d'orientation.....	29
Les bases psychologiques de la notion d'orientation chez l'homme	32
La superstructure idéatoire.....	38
L'orientation chez le primitif, l'enfant, le vieillard.....	42
Les désorientations dans les atteintes organiques.....	47
La désorientation dans les affections mentales.....	57
a) <i>Le délire mélancolique</i>	58
b) <i>L'excitation maniaque</i>	64
c) <i>Les P. H. C.</i>	66
d) <i>La débilité mentale</i>	68
c) <i>Les démences séniles</i>	72
f) <i>Les schizophrènes</i>	76
Les formes inférieures de l'orientation dans les affections mentales	83
Les degrés de contact des délirants avec l'ambiance.....	91

TROISIEME CHAPITRE

L'ACTIVITE

a) L'activité, facteur psychologique fondamental chez l'animal, le primitif, l'enfant.....	101
b) Les troubles de l'activité chez les malades internés....	107
c) L'activité des malades dans les colonies familiales....	121
d) Les délires de conduite.....	127
e) Considérations générales	131

QUATRIEME CHAPITRE

LE SENTIMENT DE LA PROPRIETE ET L'APPROPRIATION DE L'AMBIANCE

a) Influence de la vie d'asile et de colonie sur le sentiment de la propriété.....	135
b) Les modifications du sens de la propriété	137
1. <i>L'absence et la limitation</i>	137
2. <i>Les modifications dans le sens du délire</i>	139
3. <i>La régression lente et la disparition</i>	142
4. <i>Les modifications profondes des éléments de la propriété</i>	145
5. <i>La réorganisation de la propriété et la tendance à l'appropriation</i>	148
V. CONCLUSIONS	151
BIBLIOGRAPHIE	155

ACHEVÉ D'IMPRIMER LE 21 JUIN 1939
PAR LES PRESSES MODERNES
96, GALERIE BEAUJOLAIS — PALAIS-ROYAL
PARIS (1^{re})

